Nederlandse Zorgautoriteit

Newtonlaan 1-41
3584 BX Utrecht

Postbus 3017
3502 GA Utrecht

T 030 296 81 11
F 030 296 82 96
E info@nza.nl
I www.nza.nl

Aan de Minister van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport
Postbus 20350
2500 EJ DEN HAAG

Behandeld door	Telefoonnummer	E-mailadres	Kenmerk
			156188/216580

Onderwerp
aanbieding rapport Onderzoek zorgplicht: inkoop en wachttijden GGZ

Datum
9 november 2015

Mevrouw de Minister,

In onze brief van 8 december 2014 (kenmerk 109538/153162) hebben wij aangekondigd de contractering in de eerste lijn en de GGZ nader te onderzoeken. Deze onderzoeken hebben wij inmiddels afgerond. Bij deze brief treft u het laatste rapport aan in een serie van drie. In april jongstleden zonden wij u ons eerste rapport hierover: "Deelrapport 1 contractering eerste lijn: reistijdenanalyse curatieve GGZ, eerstelijns verloskunde, fysiotherapie en logopedie."[1]. Op 29 juni hebben wij u geïnformeerd over de bevindingen van ons verdiepende onderzoek naar de zorginkoop voor de eerste lijns verloskundige zorg, fysiotherapie en logopedie[2].

In het derde rapport, dat u bij deze brief aantreft, gaan we in op onze bevindingen over het naleven van de zorgplicht door zorgverzekeraars bij de inkoop van curatieve GGZ. Meer concreet hebben wij onderzocht of de zorgverzekeraars voor deze zorg voldoende zorgaanbieders hebben gecontracteerd om aan hun zorgplicht te kunnen voldoen. Specifiek hebben we hierbij gekeken naar de elementen tijdigheid en bereikbaarheid van de zorg.

Het eerste deel van deze rapportage gaat in op de vraag of zorgverzekeraars met hun zorginkoop voldoende zorgaanbieders in de curatieve GGZ hebben gecontracteerd om aan hun zorgplicht te voldoen. Onze conclusie is dat vanuit de bereikbaarheid bezien, zorgverzekeraars voldoende zorgaanbieders hebben gecontracteerd in de curatieve GGZ.

---

[1] NZa, brief van 3 april 215 met kenmerk 120105/169750;
http://www.nza.nl/104107/138040/rapport-zorgcontracten-in-kaart.pdf
[2]Nza, brief van
http://www.nza.nl/1048076/1048181/Rapport_uitkomsten_van_het_tweede_deel_onderzoek_zorginkoop_eerste_lijn.pdf

Zorgverzekeraars hebben een gedegen toelichting gegeven op de bereikbaarheidsanalyses binnen potentiële witte vlekken op de kaart. Ook de signalen en de knelpunten die wij ontvingen van brancheorganisaties hebben we onderzocht, maar leiden niet tot de conclusie dat de zorg onvoldoende bereikbaar is.

Voor het tweede deel van deze rapportage hebben we onderzocht in hoeverre de bereikbaarheid van gecontracteerde GGZ-aanbieders zich ook vertaalt in tijdige zorg. Hoewel er voldoende zorgaanbieders zijn gecontracteerd, blijkt tegelijkertijd dat wachttijden in de gespecialiseerde GGZ langer zijn dan de Treeknormen die daarvoor gelden. We hebben hiervoor onderzoek gedaan naar de hoogte en oorzaken van wachttijden door het uitvoeren van een panelonderzoek bij consumenten, een enquête onder vrijgevestigde psychologen en onderzoek naar de online publicatie van wachttijden door zorgaanbieders. Daarnaast hebben we gesprekken gevoerd met zorgverzekeraars, zorgaanbieders, branches en patiëntenorganisaties.

Uit het onderzoek komt naar voren dat alle partijen het probleem van te lange wachttijden erkennen. Zij geven aan dat zij zich zullen moeten inzetten om de problematiek rondom wachttijden aan te pakken.

Zorgverzekeraars, maar ook de NZa, moeten hiervoor een aantal maatregelen treffen om ervoor te zorgen dat er in de toekomst betere en geüniformeerde informatie over wachttijden beschikbaar is voor zorgverzekeraars (zowel vanuit cliënten als zorgaanbieders) om burgers te helpen tijdig de zorg te krijgen. Zo moeten zorgverzekeraars actiever informatie over wachttijden achterhalen bij zorgaanbieders en er op toezien dat zij deze informatie krijgen. De NZa gaat de informatieverplichtingen die gelden voor zorgaanbieders en zorgverzekeraars aanpassen, zodat betere informatie beschikbaar komt.

Wij vertrouwen erop u met deze brief voldoende te hebben geïnformeerd.

Hoogachtend,
De Nederlandse Zorgautoriteit,

dr M.J. Kaljouw
voorzitter Raad van Bestuur

Bijlage
Rapport Onderzoek zorgplicht: inkoop en wachttijden GGZ

Nederlandse Zorgautoriteit

Onderzoek zorgplicht

Rapport inkoop en wachttijden GGZ

november 2015

Inhoud

Vooraf

Voor u ligt het rapport Onderzoek zorgplicht: Rapport inkoop en wachttijden GGZ. In dit rapport hebben wij onderzocht of zorgverzekeraars met hun zorginkoop voor de GGZ voldoende zorgaanbieders hebben gecontracteerd om aan hun zorgplicht te voldoen. Hiertoe hebben wij gekeken naar de bereikbaarheid en de tijdigheid van de curatieve GGZ.

Dit rapport is de laatste deelrapportage van ons onderzoek naar de vraag of zorgverzekeraars met hun huidige contractering aan de zorgplicht voldoen voor de sectoren GGZ en eerstelijns verloskunde, fysiotherapie en logopedie. In april hebben wij u ons eerste rapport hierover gepubliceerd: "Deelrapport 1 contractering eerste lijn: reistijdenanalyse curatieve GGZ, eerstelijns verloskunde, fysiotherapie en logopedie."[1]. Op 29 juni hebben wij onze bevindingen van ons verdiepende onderzoek naar de zorginkoop voor de eerste lijns verloskundige zorg, fysiotherapie en logopedie gepubliceerd.

De Nederlandse Zorgautoriteit,

dr. M.J. Kaljouw
voorzitter Raad van Bestuur

---

[1] NZa, brief van 3 april 215 met kenmerk 120105/169750; http://www.nza.nl/104107/138040/rapport-zorgcontracten-in-kaart.pdf

Managementsamenvatting

Inleiding
In de brief van 8 december 2014[2] (kenmerk 109538/153162) aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) heeft de NZa aangekondigd de contractering in de eerste lijn en de GGZ in het kader van de zorgplicht nader te onderzoeken. Kernvraag hierbij was of zorgverzekeraars aan hun zorgplicht voldoen bij de inkoop van curatieve GGZ. Hiertoe heeft de NZa gekeken naar de aspecten bereikbaarheid en tijdigheid van deze zorg. Wij hebben allereerst onderzocht of er witte vlekken zijn in de bereikbaarheid van de zorg. Hiervoor is een reistijdenanalyse uitgevoerd waarover wij in april van dit jaar hebben gerapporteerd. Vervolgens hebben we op basis daarvan een verdiepende analyse uitgevoerd voor de curatieve GGZ op het niveau van de individuele zorgverzekeraars. Daarnaast hebben wij in het kader van tijdigheid naar aanleiding van signalen over te lange wachttijden in de GGZ onderzocht of cliënten tijdig bij een GGZ-aanbieder terecht kunnen.

Bereikbaarheid
Het eerste deel van de rapportage gaat in op onze bevindingen naar aanleiding van het onderzoek bij de individuele zorgverzekeraars over de vraag of zij met hun contractering voor de GGZ voldoende zorgaanbieders hebben gecontracteerd om aan hun zorgplicht te voldoen. Hieruit kan worden geconcludeerd dat, wanneer alleen wordt gekeken naar de bereikbaarheid van GGZ, voldoende zorgaanbieders zijn gecontracteerd door zorgverzekeraars. Zorgverzekeraars hebben een gedegen toelichting gegeven op de bereikbaarheidsanalyses met potentiële witte vlekken. Ook de signalen en de knelpunten die de brancheorganisaties hebben aangegeven leiden niet tot de conclusie dat de zorg onvoldoende bereikbaar is.

Tijdigheid
Hoewel er voldoende zorgaanbieders zijn gecontracteerd, blijkt tegelijkertijd dat wachttijden langer zijn dan de Treeknormen die daarvoor gelden. Uit ons onderzoek komt naar voren dat de wachtlijsten niet zozeer veroorzaakt lijken te worden doordat er op landelijk niveau te weinig is ingekocht, maar dat de budgetten niet goed verdeeld zijn tussen de verschillende zorgaanbieders waar een zorgverzekeraar een contract mee heeft.

De data over wachttijden laten verder zien dat er sprake is van overschrijdingen van Treeknormen bij alle zorgverzekeraars. Er zijn daarmee duidelijke aanwijzingen dat het probleem rondom wachttijden nog niet is opgelost. Alle partijen (zorgverzekeraars, zorgaanbieders en branches) erkennen dit ook. Zij geven aan dat zij zich zullen moeten inzetten om de problematiek rondom wachttijden aan te pakken. Er bestaat alleen een verschil van mening over de omvang van het probleem. Zorgverzekeraars baseren de conclusie dat het probleem minder groot is op het feit dat zij niet of nauwelijks signalen van verzekerden en zorgaanbieders ontvangen over te lange wachttijden. Zorgaanbieders geven ook aan dat er over het algemeen geen structurele problemen bestaan.

---

[2] Brief NZa aan minister van VWS van 8 december 2014 met kenmerk 109538/153162.

Het feit dat zorgverzekeraars niet of nauwelijks signalen ontvangen heeft een aantal oorzaken:

- Uit het Motivaction onderzoek blijkt dat weinig consumenten weten dat zij recht hebben op tijdige zorg en hoe lang de toegestane wachttijd is in de GGZ. Ook is onvoldoende bekend dat de zorgverzekeraar bij te lange wachttijden kan bemiddelen als zij daar om vragen Hierdoor komen dergelijke signalen ook niet bij de zorgverzekeraar terecht.
- Daarnaast blijkt bijvoorbeeld uit de gevoerde gesprekken en uit onderzoek van CZ dat er onvoldoende informatie over de wachttijden en het aanbod in de GGZ beschikbaar is. Dit komt onder andere doordat niet alle zorgaanbieders wachttijdinformatie aanleveren en/of niet melden als er Treeknormen worden overschreden. Zorgaanbieders zelf geven ook aan dat zij alleen bij structurele problemen, contact opnemen met de zorgverzekeraar.

Tevens worden de onderstaande oorzaken door zorgaanbieders en zorgverzekeraars genoemd voor wachttijden in de GGZ:

- Verschillende zorgaanbieders geven aan dat zorgverzekeraars striktere eisen stellen over wie hoofdbehandelaar mag zijn dan de Minister van VWS heeft bepaald;
- Verschillende zorgverzekeraars en zorgaanbieders geven aan dat er te weinig behandelaars voor specifieke diagnosegroepen zijn. Voorbeelden hiervan zijn autismespectrum en persoonlijkheidsstoornissen;
- Zorgaanbieders geven verder aan dat zorgverzekeraars een onvoldoende budget per zorgaanbieder hanteert, waardoor zij niet alle cliënten van elke zorgverzekeraar tijdig kunnen helpen als ze aan het omzetplafond zitten. Zorgverzekeraars geven in dat kader aan dat de problematiek rondom wachttijden niet zozeer gelegen is in een algeheel capaciteitsprobleem, of te weinig landelijk budget maar dat er sprake is van een verdeelprobleem. Dit wordt veroorzaakt door het feit dat er onvoldoende informatie is over wachttijden bij verschillende zorgaanbieders.
- Zorgaanbieders geven daarnaast aan dat budgetten die initieel voor de generalistische Basis GGZ bedoeld zijn soms moeilijk ingezet kunnen worden voor de gespecialiseerde GGZ. Door ambulantisering is voor de generalistische Basis GGZ de formatie uitgebreid. Volgens de zorgaanbieders is dit ten koste gegaan van de gespecialiseerde GGZ. Hierdoor moet de gespecialiseerde GGZ met minder personeel de zwaardere gevallen doen.

Uit deze oorzaken komt naar voren dat het probleem van te lange wachttijden breder is dan alleen de zorgplicht. De bijbehorende oplossingen liggen daarom ook op meer vlakken dan enkel de zorgplicht van zorgverzekeraars. Zo hebben ook zorgaanbieders en cliënten een rol. Het is voor het oplossen van de wachttijdproblematiek van cruciaal belang dat alle partijen in de zorgdriehoek (zorgverzekeraar, zorgaanbieder en cliënt) hun rol oppakken daar waar problemen ontstaan. Op het moment dat een zorgaanbieder richting een cliënt aangeeft dat er een wachttijd is, is het van belang dat deze cliënt weet dat de zorgverzekeraar hem daarbij kan helpen en eventueel kan bemiddelen. De zorgverzekeraar heeft voor deze bemiddeling wel informatie van zorgaanbieders nodig over wachttijden, om te weten waar cliënten tijdig geholpen kunnen worden. Hiervoor moet een verbetering plaatsvinden op het gebied van de informatie over wachttijden.

Om bovenstaande problemen aan te pakken vinden wij dat de volgende acties nodig zijn.

Acties vanuit zorgverzekeraars
Zorgverzekeraars ondernemen reeds activiteiten om de wachttijden te beheersen. Veel zorgverzekeraars hebben contractuele afspraken met zorgaanbieders waarbij zorgaanbieders moeten melden wanneer de wachttijden de Treeknormen overschrijden. Zorgaanbieders moeten daarnaast vaak productiemonitors en wachtlijstoverzichten aanleveren. Ook hebben veel zorgverzekeraars een afdeling zorgbemiddeling waar hun verzekerden terecht kunnen.

Verdere benodigde acties vanuit zorgverzekeraars
Bovenstaande acties nemen niet weg dat zorgverzekeraars ook verdere stappen moeten nemen zodat burgers die op een wachtlijst staan, tijdig geholpen worden. Het feit dat er momenteel mogelijk nog geen volledige informatie ter beschikking is, doet daar niets aan af. Om hier invulling aan te geven kan een zorgverzekeraar bijvoorbeeld consequenties verbinden aan het niet melden van een overschrijding van de treeknormen door een gecontracteerde zorgaanbieder. Ook kan de zorgverzekeraar actief informatie over wachttijden op de websites van zorgaanbieders opzoeken. Dit geeft zorgverzekeraars de mogelijkheid te anticiperen op trendmatige ontwikkelingen en zorgaanbieders aan te spreken op het niet melden van overschrijdingen van de Treeknorm. Daarnaast kunnen zorgverzekeraars verwijsafspraken maken met huisartsen aangezien zij een spilfunctie hebben bij doorverwijzing van cliënten.

Acties van de NZa
De NZa zet de komende tijd ook stappen om de wachttijdenproblematiek in de GGZ aan te pakken. Om te beginnen moet de informatievoorziening goed geregeld zijn. De NZa heeft hiertoe aan de kant van de zorgverzekeraars de regeling *TH/NR-004: Informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten* aangescherpt. Aan de kant van de zorgaanbieders geven we nadere invulling aan de regeling *GG/NR- 100.106 publicatie wachttijden ambulante tweedelijns GGZ*. In deze regelingen neemt de NZa eisen op over de informatieverstrekking van Treeknormen en zorgbemiddeling. Op deze manier worden cliënten beter geïnformeerd over hun rechten. Hierdoor zullen zij mogelijk eerder aan de bel trekken wanneer zij van mening zijn dat zij te lang moeten wachten op zorg. De NZa roept de burger bij deze op om signalen over te lange wachttijden te melden bij hun zorgverzekeraar en de NZa.

In de tweede plaats zullen we bij de aanpassing van de regeling *GG/NR-100.106 publicatie wachttijden ambulante tweedelijns GGZ* aandacht besteden aan het signaal dat er te weinig informatie beschikbaar is over wachttijden. Zo wordt onder andere gesproken om de scope van de regeling te verbreden zodat deze voor de gehele GGZ geldt, in plaats van alleen de ambulante tweedelijns GGZ. Daarnaast worden de mogelijkheden bekeken om de wachttijden per hoofddiagnose te publiceren.

In de derde plaats zullen we zorgverzekeraars actief aanspreken op de acties die zij nemen om het inzicht in de wachttijden te vergroten, en een actieve houding aan te nemen richting de burger.

Bovengenoemde acties moeten ertoe leiden dat er in de toekomst betere en geüniformeerde informatie over wachttijden beschikbaar is voor

zorgverzekeraars (zowel vanuit cliënten als zorgaanbieders) om burgers te helpen tijdig de zorg te krijgen.

1. Inleiding

De NZa heeft onderzoek gedaan naar de vraag of zorgverzekeraars met hun huidige zorginkoop aan hun zorgplicht voldoen. Daartoe hebben wij onderzocht of er witte vlekken zijn in de bereikbaarheid van de zorg. Hiertoe is een reistijdenanalyse uitgevoerd waarover wij in april van dit jaar hebben gerapporteerd. In dit rapport is voor de curatieve GGZ een verdiepende analyse uitgevoerd op het niveau van de individuele zorgverzekeraars. Hiernaast hebben wij naar aanleiding van signalen over te lange wachttijden in de GGZ onderzoek uitgevoerd naar het bestaan van de lange wachttijden. Daartoe brengen wij de huidige wachttijden zo goed als mogelijk in kaart en geven wij aan welke acties zorgverzekeraars nu al nemen en welke verdere acties nog kunnen worden genomen om de wachttijden zo veel mogelijk te beperken.

Onder de zorgplicht van een zorgverzekeraar wordt voor de naturapolis verstaan de verplichting ervoor te zorgen dat een verzekerde de zorg krijgt waar hij/zij behoefte aan heeft en wettelijke aanspraak op heeft. Hiertoe koopt de zorgverzekeraar zorg in. Gebeurt dat niet of niet tijdig, dan kan de verzekerde zijn zorgverzekeraar aanspreken tot nakoming van diens verplichting. Het gaat hierbij niet alleen om tijdigheid, maar ook om de kwaliteit, omvang, inhoud en bereikbaarheid van de verzekerde zorg.

Voor de restitutiepolis wordt onder de zorgplicht verstaan dat de zorgverzekeraar de kosten van de zorg of overige diensten vergoedt en desgevraagd activiteiten gericht op het verkrijgen van deze zorg of diensten (zorgbemiddeling) verricht[3]. De inspanning van de zorgverzekeraar moet erop gericht zijn om te bemiddelen naar een zorgaanbieder die de zorg tijdig kan leveren.

Voor verzekerden is het belangrijk dat zij de zorg krijgen die zij nodig hebben. Bij de zorginkoop mogen verzekeraars keuzes maken met wie zij wel en met wie zij geen contract sluiten. De zorgverzekeraars moeten bij de inkoop van zorg de kwaliteit, tijdigheid en bereikbaarheid een belangrijke rol laten spelen en borgen dat het zorgaanbod op deze aspecten aan de vereiste niveaus voldoet. Dit geldt zowel voor een natura- als voor een restitutiepolis met gecontracteerd zorgaanbod. Wij hebben onderzocht of de zorgverzekeraar voldoende zorg hebben ingekocht om aan hun zorgplicht te kunnen voldoen.

In de brief van 8 december 2014[4] (kenmerk 109538/153162) aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) heeft de NZa aangekondigd de contractering in de eerste lijn en de GGZ in het kader van de zorgplicht nader te onderzoeken.
Kernvraag hierbij was of zorgverzekeraars aan hun zorgplicht voldoen bij de inkoop van eerstelijns verloskunde, fysiotherapie en logopedie. Meer concreet hebben wij onderzocht of de zorgverzekeraars voor deze soorten zorg voldoende zorg hebben ingekocht om aan hun zorgplicht te kunnen voldoen. Insteek van het onderzoek was dus tijdige en bereikbare zorg.

Hiernaast heeft de NZa ook onderzoek gedaan naar wachttijden in de GGZ. Reden hiervoor was dat de NZa al enige tijd signalen kreeg over

[3] NZa, Beleidsregel TH/BR-018, Toezichtkader zorgplicht zorgverzekeraars Zvw, december 2014.
[4] Brief NZa aan minister van VWS van 8 december 2014 met kenmerk 109538/153162.

mogelijk te lange wachttijden in de GGZ. Dit beeld wordt bevestigd door de marktscan GGZ die in december 2014 is uitgekomen en het verdiepende onderzoek naar de wachttijden binnen de GGZ (deel B van de marktscan) dat begin juli is uitgekomen.
Lange wachttijden duiden er op dat zorg mogelijk niet tijdig wordt geleverd. Dit kan betekenen dat de zorgplicht wordt geschonden.

Dit rapport gaat in op de bevindingen van het onderzoek naar de contractering door zorgverzekeraars voor de GGZ en de wachttijden in de GGZ. Dit rapport is het laatste vervolg op ons rapport "Zorgcontracten in kaart, Deelrapport 1 contractering eerste lijn: reistijdenanalyse curatieve GGZ, eerstelijns verloskunde, fysiotherapie en logopedie." dat wij in april 2015 hebben gepubliceerd[5].

---

[5] NZa, brief van 3 april 215 met kenmerk 120105/169750; http://www.nza.nl/104107/138040/rapport-zorgcontracten-in-kaart.pdf

2. Contractering GGZ

Het doel van dit deel van het onderzoek is om vast te stellen of met het huidige inkoopbeleid voor de curatieve GGZ de zorgplicht in het geding is. In het bijzonder gaat het hier om de aspecten bereikbaarheid en tijdigheid. In de volgende paragraaf wordt de aanpak van het onderzoek uitgewerkt. Vervolgens wordt ingegaan op de bevindingen. Tenslotte worden de conclusies weergegeven.

2.1 Onderzoeksaanpak

Met dit rapport rapporteren wij over onze bevindingen in het derde deel van ons onderzoek naar contractering in de eerstelijnszorg. Hieronder zetten wij de opzet van het onderzoek nogmaals uiteen:

- deel 1: zorgcontracten in kaart (gepubliceerd op www.nza.nl in april 2015);
- deel 2: rapportage bevindingen naar aanleiding van het onderzoek bij de individuele zorgverzekeraars over de vraag of zij met hun contractering voldoende zorg hebben ingekocht voor de sectoren eerstelijns verloskunde, fysiotherapie en logopedie;
- deel 3: De voorliggende rapportage over bevindingen naar aanleiding van het onderzoek bij de individuele zorgverzekeraars over de vraag of zij met hun contractering voldoende zorg hebben ingekocht voor de GGZ voldoende zorg hebben ingekocht om aan hun zorgplicht te voldoen en de uitkomsten van ons toezichtonderzoek naar de wachttijden in de GGZ.

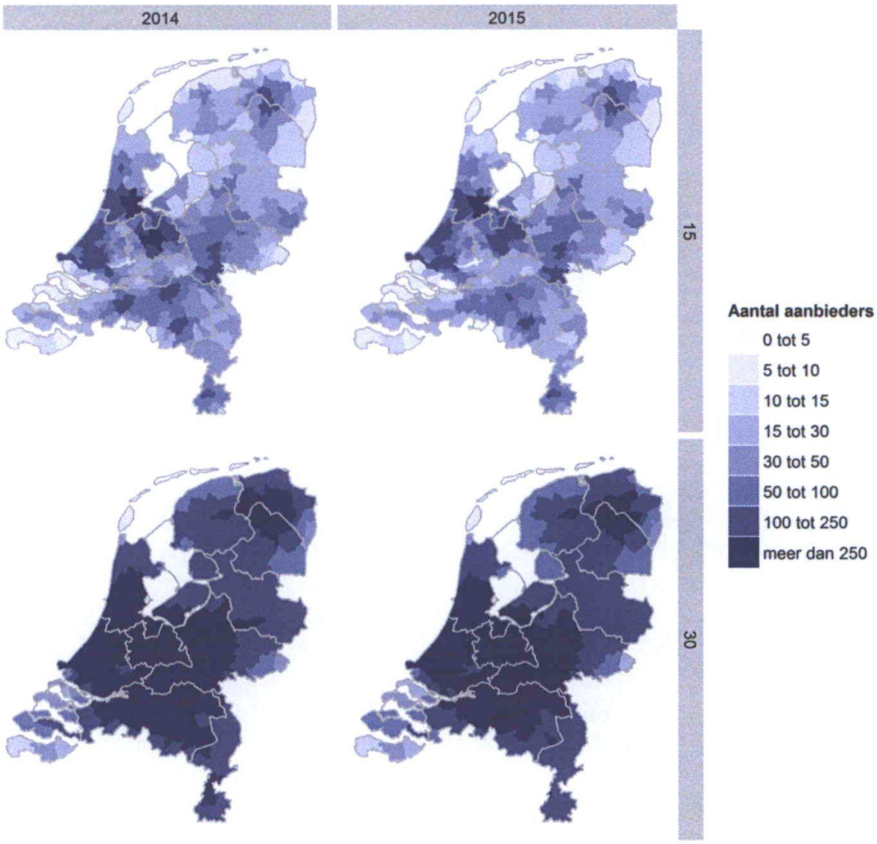
Alleen zorgverzekeraars die in hun verzekeringsvoorwaarden voor GGZ hebben aangeven te werken met gecontracteerde zorgaanbieders zijn in het onderzoek naar de contractering meegenomen.

Deel 1: Zorgcontracten in kaart

Het doel van het rapport "Zorgcontracten in kaart" was om de reistijden tot de gecontracteerde locaties in kaart te brengen en vast te stellen of daarbij sprake is van zogenaamde 'witte vlekken'. Deze witte vlekken kunnen er op duiden dat op die plekken in Nederland de zorg niet voldoende is gecontracteerd voor de eigen verzekerden. Hierdoor kan de bereikbaarheid van de zorg in gevaar komen. Dit hebben wij gedaan voor de sectoren eerste lijns verloskunde, fysiotherapie, logopedie en de curatieve GGZ.

In de eerste deelrapportage hebben we een reistijdenanalyse uitgevoerd per zorgverzekeraar. Dit is gedaan op gemeenteniveau. Daarbij is voor iedere 5 digit postcode het aanbod binnen 15 minuten in kaart gebracht. Hierbij zijn we uitgegaan van de locaties waar zorg is gecontracteerd. Op een locatie kunnen zich dus meerdere individuele praktijken bevinden.

Figuur 1: Aantal gecontracteerde locaties te bereiken op een afstand van 15 en 30 minuten



Figuur 1 geeft de reistijd weer voor alle locaties waar in Nederland gecontracteerde GGZ-zorg wordt geboden. De reistijd is opgesplitst naar 15 en 30 minuten. Dit is voor 2014 en 205 in kaart gebracht. Hoe donkerder de kleuring is, hoe meer locaties binnen deze 15 respectievelijk 30 minuten bereikbaar zijn.

Vervolgens is gekeken naar de spreiding van de verzekerdenpopulatie van de verschillende zorgverzekeraars in Nederland. Deze hebben we naast de gecontracteerde locaties gelegd en gekeken wat dit betekent voor de reistijden voor deze verzekerden. Tenslotte hebben we de gemeentes op deze aspecten in Nederland gerangschikt. De gemeentes die hieruit slecht naar voren kwamen hebben wij in het voorliggende derde deel van het onderzoek aan zorgverzekeraars voorgelegd.

Ook is gekeken naar de veranderingen in de gecontracteerde locaties tussen 2014 en 2015. Deze vergelijking is uitgevoerd op provincieniveau. Deze uitkomsten zijn in in het voorliggende derde deel van het onderzoek aan de zorgverzekeraars voorgelegd.

Deel 2: Verdiepende analyse eerste lijn

In het tweede deel van dit onderzoek hebben wij voor de sectoren eerstelijns verloskunde, fysiotherapie en logopedie gerapporteerd over onze bevindingen van ons onderzoek bij de individuele zorgverzekeraars. Onze conclusie is dat ondanks de kleine verschillen in het gevoerde inkoopbeleid, bij geen enkele zorgverzekeraar gebleken is dat het beleid met betrekking tot de inkoop van eerstelijns verloskunde, fysiotherapie

en logopedie op het moment van rapportage dusdanige beperkingen kent dat normen voor tijdigheid en bereikbaarheid in het geding komen.

Deel 3: Verdiepende analyse GGZ
Zoals hiervoor al aangegeven gaat dit voorliggende rapport in op de bevindingen van het onderzoek bij de individuele zorgverzekeraars over de vraag of zij met hun contractering voldoende zorg hebben ingekocht voor de GGZ voldoende zorg hebben ingekocht om aan hun zorgplicht te voldoen.

Wij hebben voor dit onderzoek met de brancheorganisaties van de betrokken sectoren en consumentenorganisaties gesproken. Ook hebben we een analyse gemaakt van alle signalen die we hebben ontvangen tot medio 2015. De input van brancheorganisaties, consumentenorganisaties en onze eigen signalen, hebben we, samen met de individuele reistijd-analyses, gebruikt in het nader onderzoek bij de zorgverzekeraars om vast te stellen in hoeverre er sprake is van het niet nakomen van de zorgplicht. Dit onderzoek hebben wij bij alle zorgverzekeraars uitgevoerd die werken met gecontracteerde zorgaanbieders. Vervolgens hebben we bekeken of er dusdanige knelpunten in de zorginkoop zijn dat de zorgverzekeraar of de NZa maatregelen moet treffen.

Het onderzoek bij de zorgverzekeraars heeft plaatsgevonden op concernniveau, omdat de zorg op concernniveau wordt ingekocht. Wij hebben dit onderzoek uitgevoerd bij Menzis, Zorg en Zekerheid, CZ, VGZ, Achmea, Eno en De Friesland.

2.2 Normen

In de beleidsregel Toezichtkader zorgplicht zorgverzekeraars zijn voor polissen met gecontracteerd zorgaanbod normen opgenomen voor de tijdigheid, bereikbaarheid en kwaliteit van zorg.

We kunnen de bereikbaarheid en wachttijd binnen de zorgplicht eigenlijk niet los van elkaar zien, omdat onder het voldoen aan de zorgplicht wordt verstaan dat er sprake is van tijdige, kwalitatieve en bereikbare zorg. Het voldoen aan slechts één van deze aspecten is niet voldoende. In de Memorie van Toelichting op de Zvw wordt de zorgplicht expliciet in verband gebracht met aspecten van zorg als de kwaliteit, de bereikbaarheid, de tijdigheid en de veiligheid ervan.[6] In paragraaf 3.3.2 gaan wij verder in op de normen voor wachttijden.

Het aanbieden van zorg zonder wachttijd met een extreem lange reistijd (en slechte bereikbaarheid) is daarom niet voldoende. Je mag niet van cliënten verwachten, zeker niet de kwetsbare groep die zich in de gespecialiseerde GGZ bevindt, dat zij meerdere malen per week of maand een ontzettend lange reistijd afleggen. Zorgverzekeraars moeten rekening houden met de spreiding in de zorgaanbieders die ze contracteren.

In het toezichtkader zorgplicht is voor de GGZ met betrekking tot de bereikbaarheid alleen iets geregeld voor de crisisopname. Bij een crisisopname op grond van de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Wet Bopz), moet de eerste opname plaatsvinden op een zo kort mogelijke afstand van de woonomgeving van

6 *Kamerstukken II* 2003/2004, 29763, nr. 3, p.44.

de hulpvrager. Wat die zo dicht mogelijke afstand is, is echter niet concreet gemaakt.

Hiernaast zijn er voor enkele zorggebieden binnen de GGZ veldnormen ontwikkeld met betrekking tot de bereikbaarheid.
In het Beleidskader plaatsing Forensische zorg uit 2010/2011, opgesteld door het ministerie van Veiligheid en Justitie, wordt een concrete invulling gegeven aan de bereikbaarheid van de forensische zorg.[7]

In dit beleidskader staat opgenomen dat bereikbaarheid voor de ambulante zorgtrajecten/beschermd wonen van zeer groot belang. De groep cliënten die het betreft behelst een kwetsbare doelgroep met beperkte financiële middelen. Om de kwetsbaarheid te ondersteunen is het belangrijk dat de re-integratie van de cliënt mogelijk is en dus in de buurt van zijn sociale omgeving dient te blijven. Plaatsen bij zorgaanbod 'in de buurt' vergroot de slagingskans van de behandeling. Ook wordt de cliënt dan zo min mogelijk gehinderd door obstakels die de behandeling in de weg kunnen staan of de drop-out kans kunnen vergroten. De 'buurt' is bekend voor de cliënt en lange reistijden en (hoge) reiskosten worden voor de cliënt voorkomen.

In het beleidskader wordt de reistijd (niet afstand) als maatstaf voor bereikbaarheid gehanteerd. Dit komt mede omdat de tijdsinvestering de mate van drop-out bepaald en daarnaast het openbaar vervoer vaker gebruikt wordt door cliënten (waarbij afstand en reistijd nogal kunnen afwijken). Daarbinnen wordt onderstaande nadere specificatie gehanteerd:
- ambulante dagbehandeling: max 30-45 minuten reistijd.
- ambulante behandeling (één of enkele malen per week) max. 1 uur.

Verder zijn er geen veldnormen voor de bereikbaarheid van GGZ bekend.

2.3 Bevindingen

De zorginkoop
De inkoop is met name gebaseerd op historische gegevens en de afspraken uit het hoofdlijnenakkoord. Diverse zorgverzekeraars geven aan dat zij een open contracteerbeleid hebben; alle aanbieders die voldoen aan door de zorgverzekeraar vastgestelde basiseisen krijgen een contract aangeboden. Zorgaanbieders die een contract hebben in jaar t krijgen automatisch een contract aangeboden voor het jaar t+1. Een aantal zorgverzekeraars maakt ook gebruik van selectieve zorginkoop. Het betreft dan vaak enkele specifieke zorgvormen. Gedacht kan worden aan gedragstoornissen of depressie. Zorgverzekeraars contracteren over het algemeen breed; de contracteringsgraad in de GGZ ligt rond de 90% of hoger.

In de GGZ gelden in veel gevallen omzetplafonds. Dit houdt in dat de zorgverzekeraar een afspraak maakt over de totale omzet voor GGZ-zorg (zowel basis- als specialistische GGZ) die de zorgaanbieder in rekening mag brengen. Indien de zorgaanbieder meer zorg levert dan met het

---

[7] Zie beleidskader plaatsing; Forensische zorg

omzetplafond is afgesproken, wordt de meer gedeclareerde omzet in beginsel afgeroomd. Soms wordt er daarbij onderscheid gemaakt tussen vrijgevestigden en instellingen. Voor instellingen gelden dan wel omzetplafonds en voor vrijgevestigden niet. Als het omzetplafond is bereikt gaan zorgverzekeraars hier op verschillende manieren mee om. Zo geeft een aantal zorgverzekeraars aan dat er geen doorleverplicht is voor nieuwe verzekerden. Nieuwe verzekerden worden bemiddeld naar andere zorgaanbieders. Wel moeten lopende behandelingen worden afgemaakt, ook al is het plafond bereikt. Andere zorgverzekeraars daarentegen hanteren wel een doorleverplicht voor zorgaanbieders als zij het plafond hebben bereikt.

Vrijwel alle zorgverzekeraars geven aan dat zij in hun contracten met zorgaanbieders afspraken hebben gemaakt over wachttijden. Wij gaan nader in op deze afspraken in paragraaf 3.6.

Reistijden

Uit de reistijdenanalyse van april 2015 blijkt dat in grote delen van Nederland diverse zorgaanbieders zijn gecontracteerd binnen een reistijd van een half uur. Wanneer wordt aangesloten bij de normen uit het beleidskader voor forensische zorg zouden de reistijden hiermee voor het grootste deel van Nederland ruim binnen de normen blijven. Tegelijkertijd is geconstateerd dat dat er plekken in Nederland zijn, zoals enkele delen van Zeeland en de Waddeneilanden, waar de zorg mogelijk niet goed toegankelijk is voor verzekerden (zogenaamde 'witte vlekken'). Dit hoeft overigens niet te betekenen dat er ook voldoende zorg is ingekocht. Het aantal locaties zegt immers nog niets over het soort zorg dat wordt aangeboden, het volume dat wordt gerealiseerd en eventuele wachttijden.

Uit de input van de brancheverenigingen en de consumenten en cliëntenorganisaties bleek niet dat er knelpunten speelden rond deze witte vlekken. Ook hebben een aantal zorgverzekeraars laten zien dat zij op alternatieve wijze de zorg in deze gebieden hebben geborgd. Hierbij kan worden gedacht aan telezorg of een wekelijks spreekuur op een eiland. Daarnaast wordt door een aantal zorgverzekeraars ook opgemerkt dat wanneer in een gebied waar niemand is gecontracteerd omdat zij daar weinig verzekerden hebben, zij bij een vraag vanuit een verzekerde indien nodig ook tussentijds een contract kunnen sluiten. Er is een zorgverzekeraar die expliciet aangeeft dat zij gedurende het polisjaar geen nieuwe contracten afsluiten.

Een opvallende bevinding uit de bereikbaarheidsanalyse was dat het gecontracteerde aanbod (in aanbieders) van 2014 op 2015 over de volle breedte is gedaald. Ook dit beeld is aan zorgverzekeraars voorgelegd. Er werden verschillende verklaringen voor deze ontwikkeling gegeven. De belangrijkste waren de overheveling van de jeugd-GGZ naar de Wmo, de ambulantisering van de GGZ en de sluiting van veel kleine praktijken als gevolg van concentratie in de GGZ. Er waren geen cijfers beschikbaar waarmee vast kon worden gesteld of dit de volledige daling verklaart. Wel hebben we kunnen constateren dat dit voor als nog niet tot knelpunten heeft geleid. Brancheverenigingen geven aan dat 95 tot 98% van de aanbieders wordt gecontracteerd. Hiernaast is opgemerkt dat er meer druk is op de tarieven en dat er onvoldoende differentiatie mogelijk is. Hierdoor kunnen er met name knelpunten zijn voor specifieke zorgvormen.

Een belangrijke opmerking die bij de bereikbaarheidsanalyse moet worden gemaakt is dat niet is onderzocht welke vorm van zorg waar wordt geleverd. Hierdoor kan het voorkomen dat voor specifieke zorgvormen lokaal toch een witte vlek ontstaat. Aan de andere kant kan zorg zo specialistisch zijn dat verzekerden bereid zijn om verder te reizen. Voor de beantwoording van de vraag of voor specifieke zorgvormen niet toch een knelpunt bestaat is het daarom onvoldoende om enkel naar de reistijd te kijken. Belangrijker is hier of de zorg tijdig kan worden geleverd. Dat hebben dan ook onderzocht. In het kader van het wachttijden onderzoek in hoofdstuk 3 gaan wij op dit aspect nader in.

Signalen

De NZa heeft alle signalen die zij in de periode 2013 tot en met april 2015 heeft ontvangen over de zorgplicht geanalyseerd. Hieruit komt naar voren dat er twee hoofd aandachtspunten zijn. Deze betreffen:

- Het weigeren van een client na het vollopen van het budgetplafond;
- de wachttijden in de GGZ zouden de Treeknormen overschrijden.

Een gevolg van het vollopen van een plafond kan volgens brancheorganisaties zijn dat verzekerden moeten wachten tot de start van een nieuw verzekeringsjaar. De zorgaanbieder heeft dan weer budgetruimte. Ook wordt de client vaak verwezen of door de zorgverzekeraar bemiddeld naar een andere aanbieder. De patïent belandt daar dan soms ook weer op een wachtlijst. Het is niet uit te sluiten dat dit leidt tot een toename van de wachttijd.

Het beeld van de te lange wachttijden blijkt ook uit een enquête van het LPGGz. Door (te) lange wachttijden kan de gezondheidssituatie van cliënten verslechteren. Voor de GGZ is dit een potentieel probleem, temeer omdat het hier gaat om een kwetsbare groep. In de volgende hoofdstukken van dit rapport gaan wij nader in op dit probleem.

Naast de signalen hebben bracheverenigingen in de gevoerde gesprekken een aantal knelpunten aangegeven die gerelateerd zijn aan de inkoop van GGZ-zorg. Hieronder hebben wij de belangrijkste knelpunten met een korte toelichting weergegeven.

- Niches; Denk aan zorg voor huiselijk geweld of doven en blinden. Hiervoor zou er onvoldoende specifieke contractering zijn. Zorgverzekeraars herkennen deze problematiek niet. De NZa heeft hier geen verdere signalen over ontvangen.
- Grensvlak financiering voor specifieke doelgroepen: Denk aan jongeren tussen 18 en 23. De gewijzigde bekostiging houdt een risico in voor de continuiteit. Zorgverzekeraars geven hierover aan dat zij momenteel geen contracten weigeren van instellingen die grotendeels jeugdzorg leveren. Zorgverzekeraars die een minimumgrens hanteren, geven aan voor 2015 zonodig lagere bedragen te hebben gecontracteerd. Diverse zorgverzekeraars hebben aangegeven de ontwikkelingen op dit dossier te monitoren. Hiermee lijkt er op dit moment geen sprake te zijn van een knelpunt.
- Ambulantisering: kleinere instellingen met weinig bedden kunnen hierdoor soms niet meer aan de wettelijke vereisten voldoen. Daarbij speelt ook dat de versterking van ambulante teams volgens LPGGZ nog niet goed op gang lijkt te komen.
- Invoering POH: Door de invoering van de POH vertraagt met name de instroom in de basis GGZ. Dit is weliswaar gewenst beleid, maar hierdoor is pas laat zichtbaar of voldoende zorg is ingekocht. Hierdoor

zouden in de loop van het jaar de wachtlijsten volgens brancheverenigingen ook kunnen toenemen. Diverse zorgverzekeraars hebben aangegeven dat zij hier op dit moment onderzoek naar doen. Dit punt heeft dus al de aandacht van zorgverzekeraars. Omdat de nieuwe bekostigingssystematiek in de GGZ nog maar net is ingevoerd is het nu nog te vroeg om hier definitieve conclusies aan te verbinden. Het is daarom goed dat dit punt de aandacht van zorgverzekeraars heeft.

- Niet alle zorgaanbieders die op de lijst om als hoofdbehandelaar te mogen fungeren, worden door zorgverzekeraars als hoofdbehandelaar erkend en vergoed. Hierdoor onstaan mogelijk wachtlijsten. Op het punt van de hoofdbehandelaar gaan wij nader in in paragraaf 3.5 van dit rapport.
- Niet willen vergoeden NAO; Enkele zorgverzekeraars zouden NAO weigeren te vergoeden. Dit zou kunnen betekenen dat hierdoor zorg niet wordt geleverd waar cliënten op grond van de Zvw wel recht op hebben. Dit onderwerp valt echter buiten de scope van dit onderzoek. Indien de NZa hier vanuit verzekerden signalen over ontvangt zal de NZa dit punt in haar toezicht op de naleving van de zorgplicht meenemen.
- Crisisopvang: Zorgverzekeraars geven aan zich niet te herkennen in dit knelpunt. Zij geven aan hier specifieke afspraken over te maken en dat cliënten altijd binnen de gestelde normtijd zorg krijgen. Wel loopt er op dit moment een landelijke projectgroep die werkt aan een goede definitie voor acute GGZ-zorg. Doel hiervan is om meer inzicht te krijgen in de acute zorg. In paragraaf 3.4.1 van dit rapport zullen wij nog nader ingaan op wachttijden in de crisisopvang.

Tenslotte is voor enkele zorgaanbieders aangegeven dat daar mogelijk een knelpunt speelt. Dit zou gaan om de regio's Noord Holland en regio Rijnmond. De NZa heeft verder geen signalen over deze knelpunten ontvangen. Ook uit de gespreken met de zorgverzekeraars over deze regio's is niet gebleken dat er acute problemen zouden spelen waardoor de zorgplicht op dit moment niet wordt nagekomen.

2.4 Conclusies contractering GGZ

Na de gesprekken kan worden geconcludeerd dat, wanneer alleen wordt gekeken naar de bereikbaarheid van GGZ, voldoende zorgaanbieders zijn gecontracteerd door zorgverzekeraars. Zorgverzekeraars hebben een gedegen toelichting gegeven op de bereikbaarheidsanalyses met potentiële witte vlekken. Ook de signalen en de knelpunten die de brancheorganisaties hebben aangegeven leiden niet tot de conclusie dat onvoldoende zorg wordt ingekocht.

Wel is uit de gesprekken en signalen gebleken dat wachttijden soms te lang zijn. In de volgende hoofdstukken brengen wij de huidige wachttijden zo goed als mogelijk in kaart. Daarbij geven wij ook aan welke acties zorgverzekeraars nu al nemen en welke verdere acties nog kunnen worden genomen om de wachttijden zo veel mogelijk te beperken.

3. Tijdigheid van GGZ-zorg

Goed bereikbare zorg moet daarnaast ook tijdig beschikbaar zijn voor de verzekerden. Door (te) lange wachttijden kan de gezondheidssituatie van cliënten verslechteren. Voor de GGZ is dit een potentieel probleem, temeer omdat het hier gaat om een kwetsbare groep.

Omdat de marktscan GGZ gebaseerd is op data uit het verleden (2012 en 2013) en de enquête van de LPGGz gestoeld is op het melden van problemen en daardoor mogelijk niet een algemeen beeld toont van de wachttijden, is nader onderzoek nodig om mogelijke actuele problemen over wachttijden in kaart te brengen. Daartoe worden in deze rapportage de volgende centrale vragen beantwoord:

- Overschrijden de wachttijden in de GGZ nu de Treeknormen?
- Zo ja:
  - In welke mate en op welke schaal worden de Treeknormen overschreden, oftewel: hoe groot is het probleem?
  - welke activiteiten ontplooien zorgverzekeraars om de wachttijden te beperken en aan hun zorgplicht te voldoen?
  - Welke vervolgacties zijn noodzakelijk naar aanleiding hiervan?

Scope
We beperken ons voornamelijk tot wachttijden in de gespecialiseerde GGZ (gGGZ) bij of krachtens de Zvw. De reden hiervoor is dat de signalen over wachttijden niet uit de generalistische basis GGZ komen. Daarnaast lijkt er geen sprake te zijn van te lange wachttijden voor de generalistische Basis GGZ, als we afgaan op de NIVEL gegevens die gebruikt zijn voor de marktscan GGZ en het oriënterend gesprek dat de NZa heeft gevoerd met GGZ Nederland. Wel vermelden we in de paragraaf over de resultaten van het panelonderzoek onder GGZ-cliënten ook de resultaten over de wachttijden van de generalistische basis GGZ, als extra informatie. Daarnaast schenken we aandacht aan de wachttijden in de crisis GGZ, omdat clienten na crisisopvang vaak vervolgbehandeling in de gespecialiseerde GGZ nodig hebben.

Tot slot is de langdurige GGZ in de Wlz niet meegenomen, omdat cliënten, wanneer van toepassing, na 3 jaar automatisch in de langdurige GGZ terechtkomen. Omdat ze al in zorg zijn, bestaan hier geen wachttijden.

Leeswijzer
Allereerst zetten we kort uiteen welke zorg onder de gespecialiseerde GGZ valt en welke informatie we gebruiken om de wachttijdanalyse in kaart te brengen. Vervolgens behandelen we de hoogte van de wachttijden, of deze de Treeknormen overschrijden en welke oorzaken we gevonden hebben voor de hoogte van de wachttijden. Dan gaan we in op de activiteiten die zorgverzekeraars ondernemen om wachttijden te beheersen. Tot slot trekken we conclusies en doen we aanbevelingen voor vervolgacties.

3.1 Vormen van gespecialiseerde GGZ-zorg

De gespecialiseerde GGZ is bedoeld voor mensen met ernstige psychische problemen. Het betreft complexe zorg die niet binnen de producten van de generalistische basis GGZ kan worden gegeven en waarvoor gespecialiseerde inzet nodig is. Aanbieders van gespecialiseerde ggz bestaan bijvoorbeeld uit een klinisch psycholoog, psychiater of psychotherapeut. Vaak behandelt een multidisciplinair team deze cliënten met complexe stoornissen of stoornissen met een duidelijk risico voor de cliënt of zijn omgeving. Voor behandeling van deze cliënten in de gespecialiseerde GGZ is een verwijzing van bijvoorbeeld de huisarts of medisch specialist nodig.

Er wordt zoveel mogelijk gestreefd naar ambulante behandeling van de cliënt. Als de behandeling in de gespecialiseerde GGZ niet (meer) nodig is, wordt de cliënt veelal overgedragen aan de huisarts. Indien nodig, kan deze huisarts besluiten om zelf verder te behandelen of de cliënt te verwijzen naar de generalistische basis GGZ. Dit is afhankelijk van de situatie en de zorgbehoefte. Onderstaande tabel geeft de prestaties weer die onder de gespecialiseerde GGZ vallen.

Tabel 1: Prestaties die onder de gespecialiseerde GGZ[8] vallen

Stoornis	Percentage
Depressieve stoornissen	25,8%
Angststoornissen	13,5%
Aanpassingsstoornissen	10,3%
Persoonlijkheidsstoornissen	9,6%
Aan middelen gebonden stoornissen	8,1%
Aandachttekort en gedragsstoornis (o.a. ADHD)	6,8%
Cognitieve stoornissen	6,7%
Posttraumatische stressstoornis	6,2%
Somatoforme stoornissen	5,4%
Autismespectrum	2,5%
Eetstoornissen	2,2%
Schizofrenie en andere psychotische stoornissen	2%
Bipolaire en overige stemmingsstoornissen	1%

[8] Prestaties die in deze tabel zijn weergegeven hebben betrekking op de prestaties geldend in 2012. Deze tabel is afkomstig van de marktscan GGZ die over de jaren 2012-2013 gaat en geeft tevens het percentage cliënten aan per stoornis weer op basis van de DIS-data die bij de NZa beschikbaar is.

3.2 Onderzoeksaanpak

We hebben gebruikt gemaakt van verschillende bronnen om inzicht te krijgen in de problematiek rondom wachttijden in de GGZ. Hieronder bespreken we deze kort.

- *Een panelonderzoek onder GGZ-cliënten (Motivaction):* Dit onderzoek naar ervaringen van cliënten met de wachttijden, de lengte van actuele wachttijden en bereikbaarheid van GGZ, geeft inzicht om de resultaten van de marktscan over de wachttijden beter te kunnen interpreteren. Motivaction heeft in opdracht van de NZa onder 750 (niet) klinische cliënten van 18 jaar en ouder dit onderzoek uitgevoerd;
- *Enquête onder vrijgevestigde psychologen:* Het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP) heeft een enquête uitgezet onder vrijgevestigde zorgaanbieders. De zorgaanbieders zijn werkzaam in het jeugd- en/of het volwassendomein en zijn lid van één van de psychologenverenigingen van de federatie P3NL[9].
  De NZa heeft in deze enquête een aantal vragen kunnen stellen over wachttijden in de GGZ. Het gaat hier om wachttijden voor zowel basis als gespecialiseerde GGZ. De vragen met betrekking tot het volwassendomein en de Zorgverzekeringswet zijn beantwoord door 383 respondenten.[10];
- *Online publicatie van wachttijden door zorgaanbieders:* Mediquest heeft in juli 2015 in opracht van de NZa de wachttijdgegevens verzameld zoals zorgaanbieders die zelf op hun website hebben gepubliceerd[11]. Hierbij heeft Mediquest ook data over jeugd GGZ verzameld. In dit onderzoek nemen we deze wachttijden niet mee, omdat dit buiten de Zvw en daarmee niet meer onder het toezichtsdomein van de NZa valt. In dit onderzoek zijn er dan 439 GGZ locaties op websites bekeken;
- *DIS data[12]:* Met behulp van DIS-data is voor de periode 2010-2012 de wachttijd (per zorgverzekeraar, per diagnose) berekend;
- *Gesprekken met zorgverzekeraars:* De NZa heeft gesprekken gevoerd met zorgverzekeraars.[13] Doel van deze gesprekken was onder andere om inzicht te krijgen of bij zorgverzekeraars signalen bekend zijn over wachttijden, op welke wijze zij inzicht hebben in de wachttijden, wat zij doen om wachttijden te beperken en hoe de zorgbemiddeling is ingericht;

---

[9] P3NL is de nieuwe federatie van Psychologen, Psychotherapeuten en Pedagogen. De federatie is een samenwerking tussen 9 psychologenverenigingen en vertegenwoordigt daarmee ruim 20.000 psychologen, psychotherapeuten en pedagogen op het gebied van zorg, jeugdhulp en ondersteuning, en behartigt de belangen van de beroepsgroepen. Het rapport van het NIP is te vinden op http://www.psynip.nl/website-openbaar-documenten-nip-algemeen/150410-rapport-werken-als-vrijgevestigde-in-de-ggz-2015.pdf

[10] Zie bijlage 1 voor een overzicht van de vragen over wachttijden.

[11] Online publicatie van wachttijden is momenteel alleen verplicht voor ambulante tweedelijns GGZ-zorg, zie de NZa Regeling publicatie wachttijden ambulante tweedelijns GGZ (GG/NR-100.106). Daardoor zien de gegevens die Mediquest verzameld heeft van de websites van GGZ zorgaanbieders ook alleen op deze groep zorgaanbieders. Daarnaast heeft MediQuest alleen ambulante zorgaanbieders met een omzet van meer dan € 1 miljoen meegenomen in het onderzoek.

[12] Hierbij moet velmeld worden dat tot en met 2013 het representatiemodel gold. Dit houdt in dat alleen door de grootste zorgverzekeraar in de regio onderhandeld werd met zorgaanbieders en deze zorgverzekeraar representeerde de anderen. De invoering van prestatiebekostiging op 1 januari 2013 betekende het einde van het representatiemodel per 1 januari 2014. Vanaf deze datum moeten de individuele zorgaanbieders afspraken maken met de individuele zorgverzekeraars.

[13] Gesprekken zijn gevoerd met de zorgverzekeraars die in Nederland actief zijn. Zie bijlage 2 voor de vragenlijst die tijdens de gesprekken is behandeld.

- *Gesprekken met zorgaanbieders*[14]*:* Deze gesprekken zijn gevoerd om inzicht te krijgen of er problemen zijn met de lengte van de wachttijden, welke acties zorgaanbieders ondernemen bij lange wachtlijsten en wat zorgverzekeraars van hen verwachten met betrekking tot het melden van lange wachttijden;
- *Gesprekken met branche organisaties en consumentenorganisaties*[15]*:* Deze gesprekken zijn gevoerd om inzicht te krijgen in mogelijke signalen over wachttijden in de GGZ en eventuele knelpunten met betrekking tot wachttijden in kaart te brengen.

Tot slot heeft de NZa het onderdeel wachttijden GGZ (met uitzondering van de conclusies en vervolgstappen) ter consultatie in een bijeenkomst op 5 oktober voorgelegd aan zorgverzekeraars, de branche organisaties GGZ Nederland, NIP en LVVP en de cliëntenorganisatie LPGGZ. In deze bijeenkomst heeft een feitencheck plaatsgevonden en is met partijen in gesprek gegaan over de problematiek rondom wachttijden in de GGZ.

---

[14] Er hebben (telefonische) interviews plaatsgevonden met 9 grote zorgaanbieders waarvan uit de data is gebleken dat zij een lange wachttijd hadden in 2012. Zie bijlage 3 voor een overzicht van de gestelde vragen.

[15] Gesprekken zijn gevoerd met GGZ Nederland, NIP, LVVP, LPGGZ en Consumentenbond. NPCF heeft zelf aangegeven niet het juiste platform te zijn voor GGZ cliënten. Daarom is hier geen gesprek mee gevoerd.

3.3 Wachttijden in de GGZ

3.3.1 Soorten wachttijden

Voor reguliere GGZ-zorg wordt onderscheid gemaakt tussen de aanmeldwachttijd en de behandelingswachttijd:

- de aanmeldwachttijd is het aantal weken tussen het moment dat een cliënt (of verwijzer van de cliënt) een eerste afspraak maakt bij een zorgaanbieder voor een intakegesprek (eerste zorgcontact/intake) en het moment dat de cliënt hiervoor terecht kan bij deze zorgaanbieder. De Treeknorm - de maximaal aanvaardbare wachttijd waarbinnen de cliënt zorg moet kunnen krijgen, zoals afgesproken door veldpartijen in het Treekoverleg[16] - voor de aanmeldwachttijd bedraagt vier weken. 80% van de cliënten moet echter binnen drie weken terecht kunnen.
- de behandelingswachttijd is het aantal weken tussen de intake (moment van eerste zorgcontact, tevens eindpunt aanmeldingswachttijd) en de start van de behandeling. In de zorgregistratie van de zorgaanbieder is dit het eerste behandelcontact. Deze wachttijd bestaat uit twee componenten:
  - het deel tussen de intake en de diagnose: deze wachttijd (Treeknorm) bedraagt maximaal vier weken. 80% van de cliënten moet echter binnen drie weken terecht kunnen[17];
  - de wachttijd van de diagnose tot de behandeling: deze maximale wachttijd (Treeknorm) bedraagt maximaal zes weken. 80% van de cliënten moet echter binnen vier weken terecht kunnen (voor intramurale zorg is dit zeven weken).

Tabel 2: Treeknormen wachttijden GGZ

	Treeknorm	Waarvan 80% binnen
Aanmeldwachttijd	4 weken	3 weken
Behandelingswachttijd (intake-diagnose)	4 weken	3 weken
Behandelingswachttijd (diagnose-behandeling)	6/7 weken	4 weken

Zorgaanbieders zijn verplicht om de wachttijden te publiceren op hun website op grond van de regeling publicatie wachttijden ambulante tweedelijns GGZ (GG/NR-100.106). Deze geldt nu alleen voor ambulante specialistische GGZ. Momenteel inventariseert de NZa of de reikwijdte van de regeling publicatie wachttijden GGZ verbreed moet worden en of de inhoud van deze regeling moet worden gewijzigd.

[16] Zie: NZa, 'Toezichtkader zorgplicht zorgverzekeraars ZVW' (TH/BR-018) en VWS, 'Wachttijden in de curatieve zorg', brief aan de Tweede Kamer, 31 maart 2003 (Tweede Kamer, vergaderjaar 2002-2003, 25 170 en 28 600 XVI, nr. 31)

[17] In de originele documenten van het Treekoverleg wordt deze wachttijd de 'diagnosewachttijd' genoemd. Omdat we in de huidige wijze van registratie en berekenen de diagnosewachttijd en de behandelingswachttijd gecombineerd berekenen, onder de term 'behandelingswachttijd' hebben wij ervoor gekozen om de term 'diagnosewachttijd' zoveel mogelijk weg te laten in dit rapport om verwarring te voorkomen. In plaats daarvan spreken we over de twee componenten van de 'behandelingswachttijd'.

3.3.2 Treeknormen

In 2000 zijn in het Treekoverleg, door zorgaanbieders en zorgverzekeraars gezamenlijk, bovengenoemde normen vastgesteld om de grens te kunnen bepalen tussen aanvaardbare en problematische wachttijden (de zogenaamde 'Treeknormen').[18] De Treeknormen zijn de normen voor de maximaal aanvaardbare wachttijd waarbinnen de cliënt zorg moet kunnen krijgen, zoals afgesproken door veldpartijen in het Treekoverleg.[19]

De NZa heeft bovenstaande Treeknormen voor de aanmeldwachttijd en de behandelingswachttijd opgenomen in haar beleidsregel 'Toezichtkader Zorgplicht Zvw'. Zorgverzekeraars zijn op grond van hun zorgplicht immers verplicht om verzekerden tijdig - binnen de Treeknormen - de benodigde zorg te (laten) leveren. De Treeknormen gelden hierbij als norm voor de tijdigheid.

De genoemde Treeknormen worden sinds 2001 gehanteerd. Ook het Ministerie van VWS[20] gaat uit van die Treeknormen, en de rechter accepteert de Treeknormen als uitgangspunt.[21] Op de Treeknormen kan worden gehandhaafd doordat deze kenbaar zijn gemaakt via het toezichtkader zorgplicht Zvw. Het gemiddelde beeld dat de Treeknormen overschreden worden betekent echter niet automatisch dat niet wordt voldaan aan de zorgplicht. Dit komt door het feit dat de wachttijden een gemiddelde weergeven over alle verzekeraars en een schending van de zorgplicht kan alleen per individu bij een specifieke verzekeraar worden vastgesteld.[22]

3.4 Bevindingen: Hoogte van wachttijden en overschrijding van Treeknormen

Zoals reeds vermeld, kan de NZa alleen complete gegevens over wachttijden uit het DIS extraheren over het verleden. Het gaat om DIS data over de periode 2010-2012. Er is in de marktscan GGZ een aantal analyses uitgevoerd op deze data om meer inzicht te krijgen in de wachttijden per zorgverzekeraar en diagnosegroep. Uit deze data analyse blijkt dat in de periode 2010-2012 alle zorgverzekeraars forse overschrijdingen hadden van de Treeknormen, maar dat er geen grote verschillen tussen zorgverzekeraars waren. Uit deze analyse blijkt ook dat er duidelijk aanwijsbare diagnosegroepen zijn waarbij de gemiddelde wachttijd afwijkt van het algemene gemiddelde. Dit is vooral het geval bij de diagnosegroepen autisme, bipolaire stoornissen, schizofrenie en persoonlijkheidsstoornissen. Ongeveer 15% van de cliënten die gespecialiseerde GGZ ontvangt, heeft één van deze diagnoses.

---

[18] De partijen die hebben deelgenomen aan de vaststelling aan dit Treekoverleg zijn de KNMG, de OMS, de LHV, de LVT, VGN, Arcares, de KNMP, GGZ Nederland, de NVZ, de NMT, het Paramedisch Verband en ZN.

[19] Zie: NZa, 'Toezichtkader zorgplicht zorgverzekeraars ZVW' (TH/BR-018) en VWS, 'Wachttijden in de curatieve zorg', brief aan de Tweede Kamer, 31 maart 2003 (Tweede Kamer, vergaderjaar 2002-2003, 25 170 en 28 600 XVI, nr. 31)

[20] Kamerstukken II, 2002-2003, 25 170 en 28 600 XVI, nr. 31, en Kamerstukken II, 2014-2015, 33 891, nr. 157.

[21] Bijvoorbeeld het College van Beroep voor het bedrijfsleven in een uitspraak van 14 augustus 2012 (ECLI:NL:CBB:2012:BX4992) en de Centrale Raad van Beroep in een uitspraak van 17 oktober 2012 (ECLI:NL:CRVB:2012:BY1363).

[22] Daarbij zijn de beschikbare cijfers over wachttijden cijfers uit het verleden. Aan de hand daarvan kan op dit moment geen schending van de zorgplicht worden vastgesteld.

Om een uitspraak te kunnen doen of de hoogte van wachttijden nú langer zijn dan de Treeknormen die ervoor gelden, hebben we actuele gegevens verzameld. Hiervoor heeft de NZa onderzoeksbureau Motivaction de opdracht gegeven een onderzoek uit te zetten onder GGZ cliënten en is in overleg met het NIP ook een aantal vragen toegevoegd over wachttijden aan een enquête die het NIP heeft uitgezet. Ook is gebruik gemaakt van gegevens die door MediQuest in opdracht van de NZa zijn verzameld voor de reguliere wachttijdmeting voor de komende Marktscan GGZ. Samen met signalen uit de gesprekken met zorgverzekeraars en zorgaanbieders geeft dit een kwalitatief beeld over de hoogte van de wachttijden. Hieronder wordt dit beeld[23] beschreven.

Motivaction onderzoek[24], NIP enquête en online publicatie wachttijden door zorgaanbieders

Aanmeldwachttijd

Onderstaande tabel geeft de aanmeldwachttijd per week weer voor gespecialiseerde en basis GGZ weer, zoals ervaren door de respondenten voor de GGZ zorg die zij ontvingen in de periode mei 2014 tot mei 2015. In het onderzoek zijn alleen respondenten van 18 jaar en ouder betrokken.

Tabel 3: Tijd tussen eerste contact en intakegesprek*

	Totale steekproef	Gespecialiseerde GGZ zorg	Basis GGZ zorg
Max. 1 week	17%	16%	20%
1 tot 2 weken	28%	26%	32%
2 tot 3 weken	14%	16%	10%
3 tot 4 weken	8%	6%	13%
4 tot 6 weken	7%	7%	6%
6 tot 8 weken	6%	6%	5%
Langer dan 8 weken	8%	7%	8%
Binnen 4 weken	67%	64%	74%
Langer dan 4 weken	20%	21%	18%
Weet niet/geen antwoord	13%	15%	7%
Aantal respondenten	**701**	**473**	**229**

Grens maximale wachttijd

*Antwoorden van respondenten waarbij er geen sprake was van een spoedgeval/crisiszorg.

Uit bovenstaande tabel blijkt dat een meerderheid van de cliënten, 67%, binnen 4 weken na het eerste contact met de zorgaanbieder een intakegesprek heeft. Van de ondervraagde cliënten geeft 20% aan dat de maximale wachttijd van 4 weken voor de intake bij hen overschreden werd, waarvan bij 8% de wachttijd zelfs langer dan 8 weken was. Er is voor deze overschrijding van de wachttijd geen significant verschil tussen

23 Hierbij moet worden vermeld dat verzekerden soms ook zélf kiezen om te blijven wachten op een bepaalde aanbieder ondanks de mogelijkheid om eerder zorg te ontvangen elders - de zogenaamde 'wenswachtenden' - kan betekenen dat een deel van de gevallen waarin de Treeknorm overschreden wordt de verzekerde hier zelf voor heeft gekozen en de overschrijding daarmee (deels) minder problematisch is. Hoewel niet eenduidig naar voren komt in hoeverre de GGZ te maken heeft met wenswachtenden, geeft een aantal aanbieders aan dat cliënten voor gespecialiseerde zorg echt voor hen kiest en dat er dus veel wenswachtenden zijn. Sommige zorgverzekeraars geven ook aan dat GGZ cliënten vaak wenswachtend zijn.

24 Bij het lezen van de resultaten uit het onderzoek van Motivaction naar de lengte van de wachttijden is het belangrijk om steeds in het achterhoofd te houden dat 10-13% van de respondenten per vraag aangeeft niet te weten hoe lang de wachttijden waren. Dit kan betekenen dat de Treeknorm vaker wordt overschreden, maar het kan ook betekenen dat het aantal cliënten dat tijdig geholpen is, hoger ligt dan onderstaande cijfers aangeven.

generalistische basis GGZ of gespecialiseerde GGZ, en ook niet tussen klinische en ambulante gespecialiseerde GGZ.

Wel zien we verschillen in het aantal cliënten dat langer moet wachten dan 4 weken als we de gegevens uitsplitsen naar diagnosegroep[25]. Iets minder dan 20% van de respondenten die hulp zochten voor depressieve stoornis en posttraumatische stress-stoornis gaven aan dat de wachttijd de 4 weken oversteeg, terwijl van de respondenten met autismespectrum stoornis 26% aangaf langer te moeten wachten dan 4 weken. Uitgesplitst per zorgverzekeraar zijn er, net als uit de marktscan blijkt, geen significante verschillen tussen de verschillende zorgverzekeraars als het gaat om het overschrijden van de maximale wachttijd voor een intakegesprek.

In de NIP enquête geeft één op de drie vrijgevestigde zorgaanbieders (N=147) aan dat de wachttijd de Treeknorm overschrijdt.[26]

Daarnaast blijkt uit de analyse van de online gepubliceerde gegevens door zorgaanbieders[27] dat 32% van de zorgaanbieders een wachttijd heeft die de Treeknorm van 4 weken overschreidt, en bij 13% is de aanmeldwachttijd zelfs 8 weken of langer[28].

Behandelingswachttijd: wachttijd tussen intake en stellen van diagnose
Onderstaande tabel geeft de wachttijd tussen intake en diagnose voor gespecialiseerde en basis GGZ weer, zoals deze blijkt uit het Motivaction onderzoek.

Tabel 4: Tijd tussen intake en diagnose

	Totale steekproef	Gespecialiseerde GGZ zorg	Basis GGZ zorg
Op dezelfde dag	10%	9%	12%
Minder dan 1 week	10%	10%	11%
1 tot 2 weken	17%	16%	19%
2 tot 3 weken	10%	8%	12%
3 tot 4 weken	10%	10%	9%
4 tot 6 weken	6%	7%	5%
6 tot 8 weken	3%	2%	3%
Langer dan 8 weken	11%	12%	10%
Binnen 4 weken	56%	53%	62%
Langer dan 4 weken	20%	21%	18%
Weet niet/geen antwoord	13%	14%	9%
Niet van toepassing	11%	11%	11%
Aantal respondenten	**750**	**513**	**237**

Grens maximale wachttijd

Ook voor de Treeknorm over de wachttijd tussen het intakegesprek en het stellen van de diagnose geeft 20% van de respondenten aan dat de

[25] Voor uitspraken over wachttijden per diagnosegroep geldt dat hier alleen indicatieve uitspraken over gedaan kunnen worden, vanwege het beperkte aantal respondenten.
[26] De NIP enquête is alleen onder vrijgevestigde zorgaanbieders uitgezet. Dit betekent dat de resultaten niet één op één te vertalen zijn naar het totaal aantal cliënten dat langer moet wachten dan de Treeknorm. Daarnaast moet vermeld worden dat wachttijden bij vrijgevestigde zorgaanbieders zeer variabel kunnen zijn.
[27] Hierbij zijn alleen ambulante zorgaanbieders meegenomen die een omzet van meer dan € 1 miljoen hebben gegenereerd.
[28] In deze percentages zijn de wachttijden van de drie zogenaamde 'circuits' voor 18+ gecombineerd (volwassenen, ouderen en verslavingszorg zijn bij elkaar genomen) en de gegevens over het jongeren circuit is niet meegenomen, omdat die doelgroep niet meer onder de Zvw valt.

maximale wachttijd van 4 weken overschreden is. In 11% van de gevallen heeft de cliënt zelfs langer dan 8 weken moeten wachten.

Bij ruim de helft van de cliënten is binnen 4 weken wel de diagnose gesteld. Ook hier zijn er weer geen verschillen tussen de generalistische Basis GGZ of Gespecialiseerde GGZ, en ook niet tussen klinische en ambulante gespecialiseerde GGZ. Als we de resultaten per diagnosegroep bekijken is het verschil nog groter dan bij de aanmeldwachttijden, met als uitschieter het autismespectrum waarbij de helft van de respondenten aangeeft langer dan 4 weken te hebben moeten wachten, en 26% van de respondenten zelfs langer dan 8 weken. Ook hier zijn er geen significante verschillen tussen de zorgverzekeraars als het gaat om het overschrijden van de maximale wachttijd tussen een intakegesprek en de diagnose.

Behandelingswachttijd: wachttijd tussen diagnose en start van de behandeling

Onderstaande tabel geeft de behandelingswachttijd per week weer voor gespecialiseerde en basis GGZ weer, zoals blijkt uit het Motivaction onderzoek.

Tabel 5: Tijd tussen diagnose en start behandeling

	Totale steekproef	Gespecialiseerde GGZ zorg	Basis GGZ zorg
Op dezelfde dag	9%	9%	9%
Minder dan 1 week	12%	12%	12%
1 tot 2 weken	18%	18%	18%
2 tot 3 weken	14%	14%	14%
3 tot 4 weken	9%	9%	9%
4 tot 6 weken	6%	6%	6%
6 tot 8 weken	4%	4%	3%
Langer dan 8 weken	9%	10%	9%
Binnen 6 weken	68%	67%	69%
Langer dan 6 weken	13%	14%	12%
Weet niet/geen antwoord	10%	11%	7%
Niet van toepassing	9%	8%	12%
Aantal respondenten	**750**	**513**	**237**

Grens maximale wachttijd

Nadat de diagnose gesteld was, kon weer ongeveer tweederde van de cliënten binnen 6 weken starten met de behandeling. In 13% van de gevallen werd de maximale wachttijd van 6 weken voor de start van de behandeling overschreden. Er zijn wederom geen significante verschillen tussen de gespecialiseerde GGZ en de generalistische Basis GGZ als het gaat om de wachttijd voor de start van een behandeling. Wél is er voor de behandelingswachttijd een verschil tussen ambulante zorg en klinische zorg (gespecialiseerde GGZ). Van de cliënten die ambulante zorg ontvingen, moest 12% langer dan 6 weken wachten, tegenover 21% van de cliënten van klinische zorg. Voor de klinische zorg moest 15% van de cliënten zelfs 8 weken of langer wachten op de start van hun behandeling.

Wederom zien we ook verschil tussen de behandelingswachttijden als we kijken per diagnosegroep. Cliënten met de stoornis autisme moeten het vaakst langer dan 6 weken wachten op de start van de behandeling (23%). Mensen met een angststoornis of depressieve stoornis kunnen het vaakst binnen 6 weken na de diagnose starten met de behandeling (4% en 10%).

Mediquest heeft gekeken naar de totale behandelingswachttijd op website (tijd tussen intake en start van behandeling). Uit de gegevens blijkt dat van de zorgaanbieders die in 2015 behandelingswachttijden publiceerden op hun website ook 8% wachttijden hebben die boven de Treeknorm liggen, waarvan de helft (dus 4% van deze groep zorgaanbieders) aangeeft zelfs een wachttijd van meer dan 14 weken te hebben.[29]

Gesprekken met zorgverzekeraars

Zorgverzekeraars geven in de gesprekken aan dat zij het beeld van de te lange wachttijden niet herkennen. Zij baseren dit op het feit dat zij hierover niet of nauwelijks signalen ontvangen van verzekerden en zorgaanbieders, hoewel wel in veel contracten is opgenomen dat zorgaanbieders moeten melden wanneer hun wachttijden de Treeknormen overschrijden. Een mogelijke oorzaak hiervan kan zijn dat aanbieders er geen belang bij hebben om te lange wachttijden te melden. Immers, als zij tijdig bij de zorgverzekeraar melden dat de wachttijden de Treeknormen dreigen te overschrijden, bestaat de mogelijkheid dat de zorgverzekeraar verzekerden bemiddelen naar andere aanbieders. Tijdige melding kan daardoor verlies van toekomstige cliënten opleveren. Het kán dus voor de zorgaanbieder in zijn eigen belang zijn om cliënten te laten wachten. Op die manier is hij er zeker van dat hij ook in de toekomst cliënten kan behandelen. Gevolg hiervan is dat er wachttijden ontstaan.

Bij de afdeling zorgbemiddeling van de zorgverzekeraars komen bij de meeste verzekeraars daarnaast nauwelijks signalen en bemiddelingsverzoeken van verzekerden binnen. Als een verzekerde een bemiddelingsverzoek doet, is er vrijwel altijd een alternatief waar de verzekerde eerder terecht kan, aldus de zorgverzekeraars. Als er geen alternatief is worden andere oplossingen getroffen, zoals aanvullende contractering.

Een mogelijke verklaring voor het gebrek aan signalen van verzekerden over de overschrijding van wachttijden die zorgverzekeraars niet noemen, maar die uit het Motivaction onderzoek naar voren komt, is dat ongeveer de helft van de verzekerden niet op de hoogte is van het bestaan van bemiddeling door hun zorgverzekeraar, of niet op de hoogte zijn van de rechten die zij hebben voor tijdige zorg.[30]

Gesprekken met zorgaanbieders

Zorgaanbieders geven alleen aan dat wachttijden die mogelijk problematisch zijn, zich bevinden in de (zware) gespecialiseerde GGZ. Zij noemen daarbij meerdere malen persoonlijkheidsstoornissen, angst/stemmingsstoornissen en autismespectrum als stoornissen met een langere wachttijd.

Opvallend is overigens dat zorgaanbieders verschillend omgaan met wachttijden. De ene aanbieder kiest ervoor om de tijd tussen intake en behandeling zo laag mogelijk te houden, waardoor de aanmeldwachttijd hoger is en behandelingswachttijd lager. De andere aanbieder zorgt

---

[29] In deze percentages zijn de wachttijden van de drie zogenaamde 'circuits' voor 18+ gecombineerd (volwassenen, ouderen en verslavingszorg zijn bij elkaar genomen) en de gegevens over het jongeren circuit is niet meegenomen, omdat die doelgroep niet meer onder de Zvw valt.

[30] In bijlage 5 wordt nader ingegaan op de uitkomsten van het Motivaction onderzoek voor wat betreft de informatieverstrekking richting consumenten

ervoor dat de aanmeldwachttijd zo laag mogelijk is en biedt ondertussen een tussenvorm van zorg aan in de vorm van e-health. Dit wordt geleverd totdat de uiteindelijke diagnose gesteld wordt en met het specifieke zorgtraject gestart wordt.

Investeren in kwaliteit wachttijdgegevens
Ten aanzien van de hoogte van de wachttijden is het nog van belang dat er kanttekeningen geplaatst kunnen worden bij de wachttijden op de websites van zorgaanbieders. Verscheidene aanbieders geven in de interviews aan dat de wachttijden op websites niet accuraat zijn. Zij investeren momenteel in hun bedrijfsvoering om de juistheid van de wachttijden naar een hoger niveau te tillen. Het komt namelijk voor dat mutaties plaatsvinden op de actuele wachtlijst die daarmee van invloed zijn op de toegangstijd. Voorbeelden van investeringen zijn dat wachttijden geüniformeerd worden, omdat bij sommige aanbieders de wachttijden door verschillende teams apart worden bijgehouden. Een ander voorbeeld is dat er effort wordt gestoken om de controle van wachttijden te verbeteren; wacht de cliënt nu echt of is hij al in zorg etc. Tot slot geven alle zorgaanbieders aan dat zij de wachtlijst momenteel op volgorde van aanmelding gaat, maar enkele zorgaanbieders zijn momenteel bezig om wachttijden per zorgverzekeraar in kaart te brengen.

3.4.1 Crisis GGZ

Naast wachttijden in de reguliere GGZ-zorg bestaan er ook wachttijden in de crisis GGZ-zorg. Er is sprake van een crisissituatie als een cliënt spoedeisende (binnen 24 uur) hulp nodig heeft. De NZa heeft ook de wachttijden in de crisis GGZ onderzocht. Daartoe is een enquête uitgezet onder alle crisisdiensten in Nederland (n=30). Hieruit blijkt dat er nauwelijks wachttijden zijn voor de crisis GGZ. De wachttijd die er is, wordt voornamelijk veroorzaakt door reistijd en soms door een samenloop van meerdere aanvragen tegelijk. Uit de enquête blijkt verder dat er wél wachttijden zijn om cliënten na de crisisopvang door te verwijzen naar de gespecialiseerde GGZ voor een vervolgbehandeling. Het probleem zit dus niet in de wachttijd voor de crisiszorg zelf, maar in de wachttijd voor het vervolgtraject in de gespecialiseerde GGZ ná de crisisopvang[31]. In het vervolg van dit onderzoek wordt verder daarom alleen ingegaan op de wachttijden in de reguliere GGZ-zorg.

3.5 Bevindingen: Oorzaken van wachttijden

Om inzicht te krijgen in de oorzaken van de (lange) wachttijden is hiernaar gevraagd in de gesprekken met de zorgverzekeraars, zorgaanbieders, de branchepartijen, en cliënten (Motivaction onderzoek) Het beeld dat hieruit naar voren komt is staat hieronder beschreven.

Stricte regels bij zorgverzekeraars over wie hoofdbehandelaar mag zijn
Zorgaanbieders geven aan dat de eis dat een hoofdbehandelaar direct gebonden tijd moet hebben gehad met de cliënt voordat er een diagnose gesteld kan worden, tot lange wachttijden leidt. Zorgaanbieders hebben maar een beperkt aantal hoofdbehandelaars. Daarnaast stellen zorgverzekeraars strengere eisen over wie hoofdbehandelaars kunnen zijn. Veelal mogen alleen de klinisch psycholoog of psychiater als hoofdbehandelaar optreden volgens de zorgverzekeraar, terwijl de

[31] Zie bijlage 6 voor een meer gedetailleerde weergave van dit onderzoek.

Minister van VWS heeft bepaald dat er 9 beroepen zijn, die als hoofdbehandelaar mogen optreden[32].
Zorgverzekeraars zelf geven ook aan dat sommige zorgaanbieders onvoldoende capaciteit hebben, dat wil zeggen onvoldoende personeel of onvoldoende gekwalificeerd personeel. Dit hangt samen met de beperkte capaciteit van met name hoofdbehandelaars.

Er zijn te weinig behandelaars voor specifieke diagnosegroepen
Gerelateerd aan het bovenstaande geven zowel aanbieders als zorgverzekeraars aan dat wachttijden voor specifieke doelgroepen lang kunnen zijn. De diagnosegroepen die in zowel gesprekken met zorgverzekeraars en zorgaanbieders, als ook de marktscan en het onderzoek van Motivaction naar voren komen zijn autismespectrum en persoonlijkheidsstoornissen. De oorzaak kan liggen in het feit dat er een numerus fixus geldt voor de opleiding psychologie/GZ.

Beperkt budget
Zorgaanbieders geven aan dat zorgverzekeraars een onvoldoende budget per zorgaanbieder hanteert, waardoor zij niet alle cliënten van elke zorgverzekeraar tijdig kunnen helpen als ze aan het omzetplafond zitten. Brancheorganisaties noemen dit als belangrijkste oorzaak van de wachttijden[33]. In de NIP enquête geeft 25% van de vrijgevestigde zorgaanbieders aan dat dit een reden is voor de wachttijden.
In de consultatiebijeenkomst gaven zorgverzekeraars aan dat de problematiek rondom wachttijden niet zozeer gelegen is in een algeheel capaciteitsprobleem, of te weinig landelijk budget maar dat er sprake is van een verdeelprobleem. Dit wordt veroorzaakt door het feit dat er onvoldoende informatie is over wachttijden bij verschillende zorgaanbieders.

Zorgverzekeraar CZ heeft daarnaast onderzocht of haar verzekerden te maken hebben met te lange wachttijden in de GGZ, hoe deze ontstaan en wie daarvoor verantwoordelijk is. Als input hiervoor zijn gegevens gebruikt die aangeleverd zijn door verschillende zorgaanbieders. Gezien deze gegevens lijkt het probleem van te lange wachttijden niet veroorzaakt te worden doordat er onvoldoende plaats of onvoldoende budget is voor cliënten om binnen de Treeknormen geholpen te worden bij een zorgaanbieder. Bij zeven van de tien aanbieders die de Treeknormen overschrijden is tegelijkertijd sprake van onderproductie; er is dus wel voldoende budget om cliënten te behandelen. Dit strookt

---

[32] Partijen in de ggz hebben in juni 2014 de commissie Meurs de opdracht gegeven een norm te ontwikkelen voor de inhoud en de invulling van het hoofdbehandelaarschap. De commissie geeft aan dat zorgverzekeraars vanwege gebrekkig inzicht in de kwaliteit van de ggz hun toevlucht nemen tot een limitatieve lijst van beroepsbeoefenaren die hoofdbehandelaar mogen zijn, als aanknopingspunt voor selectieve zorginkoop. De commissie noemt deze invulling van het hoofdbehandelaarschap de verkeerde oplossing voor een reëel probleem en wil de aandacht verschuiven naar een bindend kwaliteitsstatuut voor de ggz, waarbij een hoofdbehandelaar verantwoordelijk is voor regie en coördinatie (een regiebehandelaar). De regiebehandelaar zorgt er onder andere voor dat het zorgplan wordt opgesteld en vastgesteld en dat er voldoende deskundigheid wordt betrokken bij de zorg. Zijn taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden en deskundigheidsvereisten moeten worden vastgelegd in een kwaliteitsstatuut. In tegenstelling tot de huidige hoofdbehandelaar hoeft de regiebehandelaar dus niet zelf het zorgplan vast te stellen. Veldpartijen zijn aan zet om een modelstatuut op te stellen en het is vervolgens de bedoeling dat dit ingebed is vóór de zorginkoop van 2017. Zie ook de kamerbrief van 18 mei jl. met kenmerk 760615-136086-CZ

[33] Tegelijkertijd geven de meeste bracheorganisaties aan dat het onduidelijk voor ze is of er sprake van een probleem is en hoe groot dit probleem dan zou zijn. Ook is onduidelijk waar dat dan precies aan zou liggen. Het feit dat de GGZ in een transitiefase zit, moet overigens niet onderschat worden.

met de conclusies die uit de marktscan vloeien waaruit blijkt dat er tussen zorgaanbieders er een grote spreiding is in de gemiddelde wachttijd. Er zijn zorgaanbieders die een gemiddelde wachttijd hebben van 2 weken en zorgaanbieders die een wachttijd hebben van meer dan 20 weken.

Organisatorische veranderingen als gevolg van ambulantisering in de GGZ

Zorgaanbieders geven daarnaast aan dat budgetten die initieel voor de generalistische Basis GGZ bedoeld zijn soms moeilijk ingezet kunnen worden voor de gespecialiseerde GGZ. Door ambulantisering is voor de generalistische Basis GGZ de formatie uitgebreid. Volgens de zorgaanbieders is dit ten koste gegaan van de gespecialiseerde GGZ. Hierdoor moet de gespecialiseerde GGZ met minder personeel de zwaardere gevallen doen. Volgens de zorgaanbieders is er relatief veel geld voor de generalistische Basis GGZ en relatief weinig geld voor gespecialiseerde GGZ.

Zorgaanbieders melden niet tijdig dat omzetplafond is bereikt

Verschillende zorgverzekeraars geven aan dat zorgaanbieders bij het uitvoeren van het omzetplafond geacht worden hun productie over het jaar te spreiden, om zo meer inzicht te hebben in de uitnutting van het budget Tegelijkertijd meldt een aantal zorgverzekeraars dat zorgaanbieders zich niet tijdig melden als ze mogelijk hun omzetplafond gaan bereiken, waardoor de zorgverzekeraar niet tijdig de afspraken kan aanpassen (budget ophogen) of verzekerden kan sturen naar een andere aanbieder waar nog wel ruimte is. De zorgverzekeraars geven aan dat dit mogelijk komt door onwetendheid of onvoldoende op orde hebben van administratie.

Zorgaanbieders melden niet tijdig dat er cliënten op de wachtlijst staan.

Verschillende zorgaanbieders geven aan dat zij pas wachttijden communiceren als er structurele problemen zijn en dat het niet werkbaar is om bij elke overschrijding de zorgverzekeraar in te schakelen. Er wordt vaker aangegeven dat de cliënt naar een huisarts kan die hen naar een andere aanbieder kan helpen, of zij verwijzen door naar een collega aanbieder. Gerelateerd hieraan constateert CZ in haar onderzoek dat huisartsen veelal naar eenzelfde zorgaanbieder doorverwijzen. Achmea concludeert hetzelfde in een ander onderzoek[34]. Deze zorgaanbieder kan het aanbod dan vaak niet aan, waardoor er een wachttijd ontstaat.

Zorgverzekeraars melden verder dat zij geen signalen krijgen van aanbieders dat de Treeknormen worden overschreden. Dit terwijl wel in veel contracten is opgenomen dat een zorgaanbieder moet melden wanneer de wachttijden de Treeknormen overschrijden. Dit strookt met het feit dat uit de NIP enquête naar voren komt dat slechts een beperkt percentage (11%; N=97) communiceert richting de zorgverzekeraar als de wachttijden langer zijn dan de Treeknormen. Uit het onderzoek van CZ komt naar voren dat er onvoldoende informatie over de wachttijden en het aanbod in de GGZ beschikbaar is, onder andere doordat niet alle zorgaanbieders wachttijdinformatie aanleveren.

---

[34] Achmea heeft onderzoek gedaan naar het keuzeproces van verzekerden binnen de GGZ. De belangrijkste conclusie van dit onderzoek is dat voor de verzekerde de huisarts de sleutelfiguur is bij het zoeken naar een GGZ-aanbieder, met name vanwege de vertrouwensrelatie. Dit komt overeen met de uitkomsten uit het Motivaction onderzoek, waar 60% van de respondenten aangeeft dat zij op advies van de huisarts bij de zorgaanbieder terecht is gekomen.

Cliënten weten niet wat hun rechten zijn als het om wachttijden gaat

Uit het Motivaction onderzoek blijkt dat weinig cliënten weten van de Treeknormen die gelden in de GGZ, hun recht op tijdige zorg en de mogelijkheid van bemiddeling door de zorgverzekeraar[35]. Dit strookt met het feit dat zorgverzekeraars over het algemeen zeggen dat zij zeer weinig verzoeken voor bemiddeling krijgen.
Zorgaanbieders geven aan dat cliënten geen weet hebben van de bemiddeling die zorgverzekeraars kunnen bieden. Zorgaanbieders krijgen ook bijna nooit via zorgbemiddeling van een zorgverzekeraar cliënten doorgestuurd. Dit komt overeen met de uitkomsten uit het Motivaction onderzoek, waar slechts 3% aangeeft dat zij op advies van de zorgverzekeraar bij de zorgaanbieders terecht is gekomen. Daarnaast geeft in de NIP enquête slechts 14,6% van de vrijgevestigde zorgaanbieders aan dat zij wel eens cliënten via bemiddeling van een zorgverzekeraar krijgt. Zelf verwijzen zorgaanbieders ook nauwelijks door naar de bemiddelingsservice van de zorgverzekeraar wanneer de wachttijden lang zijn. Zorgaanbieders geven daarbij aan dat bemiddeling in gespecialiseerde GGZ ook minder aan de orde is, omdat ofwel de aanbieder de enige aanbieder is die de zorg in de regio levert, of omdat het de voorkeursaanbieder van de cliënt is.

Zorgaanbieders als ook zorgverzekeraars geven aan dat zorgverzekeraars over het algemeen pas actief informeren over wachttijden op het moment dat de verzekerde zich voor bemiddeling meldt.

[35] Zie bijlage 5 voor meer informatie over de informatiepositie van de cliënt.

3.6 Inspanningen door zorgverzekeraars

Uit bovenstaande blijkt dat Treeknormen voor wachttijden in de GGZ overschreden worden en ook duidelijke oorzaken heeft. Om te bepalen welke acties nodig zijn om deze problematiek op te lossen, is het tevens van belang inzicht te hebben in de activiteiten die zorgverzekeraars ondernemen om de wachttijden te beheersen. In deze paragraaf gaan we daarom in op de activiteiten die zorgverzekeraars reeds ondernemen.

Contractuele afspraken zorgverzekeraar – zorgaanbieder
Vrijwel alle zorgverzekeraars geven aan dat zij in hun contracten met zorgaanbieders afspraken hebben gemaakt over wachttijden. Zorgaanbieders moeten volgens het contract melden wanneer de Treeknormen overschreden (dreigen te) worden[36]. Een aantal zorgaanbieders geeft ook aan dat zij afspraken hebben gemaakt met zorgverzekeraars over wat zij moeten doen als de wachttijden langer zijn dan de Treeknormen die ervoor gelden. Er wordt hier echter niet actief op gecontroleerd door de zorgverzekeraar.

Daarnaast zijn de wachttijden onderwerp van de reguliere periodieke gesprekken tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder. Zorgaanbieders geven dit ook aan, maar tegelijkertijd staat het onderwerp van wachttijden GGZ niet altijd op de agenda. Een reden daarvoor is dat er al zoveel te bespreken is in een dergelijk overleg.

Er is verder over het algemeen ook ruimte om met zorgverzekeraars in gesprek te gaan als er problemen zijn rondom wachttijden, dus om op deze manier op ad hoc basis te reageren op een situatie van bijvoorbeeld lange wachttijden. Zorgaanbieders geven aan dat dit ook het belangrijkste is: dat zorgaanbieders en zorgverzekeraars met elkaar in gesprek gaan over wachttijdproblematiek en hier praktische oplossingen voor vinden die op die situatie van toepassing zijn en dat het niet zozeer gaat om hard te handhaven op de Treeknormen.

Monitoring wachttijden
Verschillende zorgverzekeraars geven aan dat contractueel is vastgelegd dat aanbieders een productiemonitor plus een wachtlijstoverzicht moeten aanleveren aan de zorgverzekeraar. Een aantal zorgaanbieders geeft hierbij aan dat zij zich afvragen of er met dergelijke informatie wel iets wordt gedaan.

Zorgbemiddeling
Vrijwel alle zorgverzekeraars hebben een afdeling zorgbemiddeling. Verzekerden worden op de mogelijkheid van bemiddeling gewezen door informatie op de website of aandacht hiervoor tijdens de overstapperiode voor zorgverzekeringen. Hierbij dient nog te worden opgemerkt dat kleinere regionale zorgverzekeraars goede contacten hebben met aanbieders en verzekerden in hun kernwerkgebied. Zij staan 'dichtbij' de verzekerde en de aanbieder (korte lijnen), waardoor zij een goed beeld hebben van wat er speelt. Eén zorgverzekeraar heeft bijvoorbeeld een 'zorgspreekuur' op haar kantoor waar verzekerden met vragen terecht kunnen. Het Motivaction onderzoek laat daarnaast zien dat er nog veel te winnen is op het punt van informatieverstrekking over de wachttijden, over de maximum normen van tijdigheid (Treeknormen) en over de zorgbemiddeling door zorgverzekeraars.

---

[36] Hierop staan evenwel geen harde sancties als aanbieders dit nalaten.

Mogelijke ad hoc oplossingen in geval van lange wachttijden

Als de wachttijden de Treeknormen overschrijden wordt over het algemeen in eerste instantie gekeken of de verzekerde bemiddeld kan worden naar een andere aanbieder. Als bemiddeling niet mogelijk is, gaat de zorgverzekeraar in gesprek met de zorgaanbieder over de oorzaak van de te lange wachttijd. Een (ad-hoc) oplossing kan zijn dat er aanvullend wordt gecontracteerd.

3.7 Conclusies en vervolgstappen

We hebben in dit rapport onderzocht of zorgverzekeraars met hun huidige zorginkoop hun zorgplicht kunnen nakomen. Hiertoe hebben wij gekeken naar de aspecten bereikbaarheid en tijdigheid. Uit paragraaf 2.4 blijkt dat voldoende zorgaanbieders zijn gecontracteerd door zorgverzekeraars. Tegelijkertijd, als we kijken naar de tijdigheid, blijkt dat de Treeknormen voor wachttijden overschreden worden. Deze conclusie wordt onderschreven door de uitkomsten van het motivaction-onderzoek, de NIP-enquête en de wachtlijstinformatie op de websites van zorgaanbieders. De wachtlijsten worden echter niet zozeer veroorzaakt doordat er op landelijk niveau te weinig is ingekocht, maar omdat de budgetten niet goed verdeeld zijn tussen de verschillende zorgaanbieders waar een zorgverzekeraar een contract mee heeft.

Uit de gesprekken met zorgverzekeraars en zorgaanbieders komt echter geen eenduidig beeld naar voren over omvang van de problematiek rondom de wachttijden in de GGZ. In de consultatiebijeenkomst die de NZa heeft georganiseerd met veldpartijen, hebben de betrokken partijen het probleem wel onderkend en aangegeven dat zij zich allen moeten inzetten om de problematiek rondom wachttijden aan te pakken. Er bestaat alleen een verschil van mening over de omvang van het probleem. Zorgverzekeraars baseren deze conclusie op het feit dat zij niet of nauwelijks signalen van verzekerden en zorgaanbieders ontvangen over te lange wachttijden. Zorgaanbieders geven ook aan dat er over het algemeen geen structurele problemen bestaan.

Een verklaring voor bovenstaande discrepantie ligt voornamelijk in een tweetal oorzaken dat benoemd is voor het ontstaan van wachttijden.

- Uit het Motivaction onderzoek blijkt dat weinig consumenten weten dat zij recht hebben op tijdige zorg en hoe lang de toegestane wachttijd is in de GGZ. Ook is onvoldoende bekend dat de zorgverzekeraar bij te lange wachttijden kan bemiddelen als zij daar om vragen Hierdoor komen dergelijke signalen ook niet bij de zorgverzekeraar terecht.
- Daarnaast komt uit het onderzoek dat er onvoldoende informatie over de wachttijden en het aanbod in de GGZ beschikbaar is. Dit komt onder andere doordat niet alle zorgaanbieders wachttijdinformatie aanleveren. Ook worden overschrijdingen van Treeknormen niet altijd gemeld. Zorgaanbieders zelf geven ook aan dat zij alleen bij structurele problemen contact opnemen met de zorgverzekeraar. Daarnaast moet er meer geïnvesteerd worden in de kwaliteit van wachttijdgegevens. Dit wordt bevestigd door een onderzoek wat CZ hiernaar heeft uitgevoerd.

Uit deze oorzaken komt naar voren dat het probleem van te lange wachttijden breder is dan alleen de zorgplicht. De bijbehorende oplossingen liggen daarom ook op meer vlakken dan enkel de zorgplicht van zorgverzekeraars. Zo hebben ook zorgaanbieders en consumenten een rol. Het is voor het oplossen van de wachttijdproblematiek van cruciaal belang dat alle partijen in de zorgdriehoek (zorgverzekeraar, zorgaanbieder en cliënt) hun rol oppakken daar waar problemen ontstaan. Op het moment dat een zorgaanbieder richting een consument aangeeft dat er een wachttijd is, is het van belang dat deze consument weet dat de zorgverzekeraar hem daarbij kan helpen en eventueel kan bemiddelen. De zorgverzekeraar heeft voor deze bemiddeling wel informatie van zorgaanbieders nodig over wachttijden, om te weten waar cliënten tijdig geholpen kunnen worden. Hiervoor moet een verbetering plaatsvinden op het gebied van de informatie over wachttijden.

Om bovenstaande problemen aan te pakken vinden wij dat een aantal acties nodig is.

Acties die zorgverzekeraars reeds ondernemen

Zorgverzekeraars ondernemen reeds activiteiten om de wachttijden te beheersen:

- Veel zorgverzekeraars hebben contractuele afspraken tussen met zorgaanbieders waarbij zorgaanbieder moeten melden als de wachttijden de Treeknormen overschrijden;
- Zorgverzekeraars leggen contractueel vast dat aanbieders een productiemonitor plus een wachtlijstoverzicht moeten aanleveren aan de zorgverzekeraar;
- Vrijwel alle zorgverzekeraars hebben een afdeling zorgbemiddeling. Verzekerden worden op de mogelijkheid van bemiddeling gewezen door informatie op de website of aandacht hiervoor tijdens de overstapperiode voor zorgverzekeringen
- Als de wachttijden de Treeknormen overschrijden wordt gekeken of de verzekerde bemiddeld kan worden naar een andere aanbieder, of kijkt de zorgverzekeraar in gesprek met de zorgaanbieder over de oorzaak van de te lange wachttijd. Dit kan leiden tot aanvullende contractering.

Verdere benodigde acties zorgverzekeraars

Daarnaast moeten zorgverzekeraars verdere stappen nemen zodat verzekerden die een wachtlijst staan, tijdig geholpen worden. Het feit dat er mogelijk momenteel nog geen volledige informatie ter beschikking is, doet daar niets aan af. Om hier invulling aan te geven kan een zorgverzekeraar bijvoorbeeld:

- Consequenties verbinden wanneer zorgaanbieders niet melden wanneer de wachttijd de Treeknorm overschrijdt. Zoals reeds aangegeven hebben de meeste zorgverzekeraars in contracten met zorgaanbieders dit weliswaar al opgenomen, maar er lijken geen consequenties aan verbonden als een zorgaanbieder niets van zich laat horen;
- Actief informatie over wachttijden op de websites van zorgaanbieders opzoeken, zodat enerzijds een mogelijke trend waarneembaar is in wachttijden waarop geanticipeerd kan worden en anderzijds zorgaanbieders aangesproken kunnen worden op het moment dat zij zich niet melden bij de zorgverzekeraar wanner de wachttijd de Treeknorm overschrijdt;
- Verwijsafspraken maken met huisartsen aangezien zij een spilfunctie hebben bij doorverwijzing van cliënten. Daarbij kunnen zorgverzekeraars tevens aangeven dat deze ingezet kan worden voor bemiddeling.

Acties die de NZa onderneemt

De NZa zet daarnaast de komende tijd de volgende stappen om de wachttijdenproblematiek in de GGZ aan te pakken:

- Aanpassing van de nadere regel TH/NR-004: Informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten: De NZa heeft nu in deze nadere regel opgenomen dat zorgverzekeraars op hun website moeten vermelden wat de Treeknormen in de GGZ inhouden en moeten zij de mogelijkheid tot wachtlijstbemiddeling op hun website vermelden. In haar controle op de informatieverstrekking op websites van zorgverzekeraars die de NZa aan het eind van het jaar uitvoert, zal de NZa dit jaar aandacht besteden aan dit onderwerp;

- Aanpassing van de nadere regel GG/NR- 100.106 publicatie wachttijden ambulante tweedelijns GGZ. In deze regeling zullen ook de onderwerpen Treeknormen en zorgbemiddeling aan de orde komen.

Op deze manier worden cliënten beter op de hoogte van hun rechten en zullen zij mogelijk eerder aan de bel trekken als zij van mening zijn dat zij te lang moeten wachten op zorg. Cliënten worden bij deze dan ook opgeroepen om signalen over te lange wachttijden te melden bij hun zorgverzekeraar en daarnaast de NZa.

Bij de aanpassing van de regeling GG/NR- 100.106 publicatie wachttijden ambulante tweedelijns GGZ wordt daarnaast aandacht besteed aan het signaal dat er te weinig informatie beschikbaar is over wachttijden. Zo wordt onder andere gesproken om de scope van de regeling te verbreden zodat deze voor de gehele GGZ geldt, in plaats van alleen de ambulante tweedelijns GGZ. Daarnaast worden mogelijkheden bekeken om wachttijden per hoofddiagnose op te nemen.

De NZa overweegt tevens om de Treeknormen voor wachttijden in de GGZ verder in te vullen, wanneer blijkt dat huidige invulling van de Treeknormen niet toereikend of passend (meer) zijn.

De NZa zal de ontwikkelingen en acties die zorgverzekeraars nemen om dit inzicht te verkrijgen monitoren, door komend jaar bij zorgverzekeraars individueel na te gaan welke stappen zij zetten om ervoor te zorgen dat hun verzekerden tijdig de zorg krijgen waar zij recht op hebben.

4. Bijlagen

Bijlage 1: vragenlijst in enquête NIP

- Hoe lang is de aanmeldwachttijd voor een cliënt?
- Hoe lang is de behandelingswachttijd voor een cliënt?
- Communiceert u richting de zorgverzekeraar als uw wachttijden langer zijn dan de Treeknormen?
  - Zo ja, zijn er ook afspraken overgemaakt met de zorgverzekeraar over deze communicatie?
    - Zo ja, kunt u dit toelichten?
  - Krijgt u cliënten binnen via de bemiddeling van een zorgverzekeraar?

Bijlage 2: vragenlijst zorgverzekeraars

- Hoe heeft u de zorgbemiddeling ingericht?
- Hebben bemiddelaars informatie over aanbieders in dezelfde regio met wachtlijstinformatie?
- Wat is het aantal verzoeken voor zorgbemiddeling en wat zijn de acties die u normaal gesproken naar aanleiding van die verzoeken uitvoert?
- Zijn deze verzoeken te relateren aan lange wachttijden?
- In hoeverre houdt u bij de zorginkoop rekening met de groep adolescenten (18 tot 23 jaar) en hoe gaat u om met de overgang van 18-jarigen vanuit de WMO naar de Zvw?
  - Hoe gaat u dan om met de bestaande behandelrelatie?
- Op welke manier monitort u de wachttijden in de GGZ?
  - Op welke manier heeft u inzicht in de wachttijden van de door u gecontracteerde zorgaanbieders?
  - Wat zijn redenen voor het ontstaan van (te lange) wachttijden?
- Heeft u afspraken in het contract met een zorgaanbieder over de manier waarop wachtlijsten worden gemonitord en teruggekoppeld?
- Heeft u afspraken gemaakt in het contract met een zorgaanbieder over wat er van zorgaanbieders wordt verwacht als de wachttijden langer zijn dan de Treeknormen en wat houden deze afspraken dan in?

Bijlage 3: vragenlijst aan zorgaanbieders

- Hoe werkt een wachtlijst bij een zorgaanbieder? (bijv. volgorde via aanmelding of voorrang zorgverzekeraars?)
- Communiceert een zorgaanbieder richting de zorgverzekeraar of cliënt als cliënten langer moeten wachten dan de Treeknorm?
- Hoe communiceert een zorgverzekeraar over de wachttijden en zorgbemiddeling?
- Welke rol speelt bemiddeling van zorgverzekeraars bij het verkorten van de wachtlijsten? Wordt de bemiddeling actief aangeboden of alleen als cliënt erom vraagt?
- Hebben zorgverzekeraars ook zicht op de wachtlijsten/tijden van zorgaanbieders?
- Zijn de wachttijden voor bepaalde diagnoses (veel) langer dan voor andere diagnoses? Zijn de wachttijden voor bepaalde vormen van GGZ zorg langer dan voor andere vormen van GGZ zorg?
- Is er onderscheid in de lengte van de wachttijden in de basis GGZ ten opzichte van gespecialiseerde GGZ?
- Waardoor worden de wachttijden veroorzaakt? Komt dit doordat veel mensen wenswachtend zijn of is er gebrek aan zorgaanbieders of zijn er andere factoren die deze wachttijden veroorzaken (bijvoorbeeld omdat het logistiek bij de aanbieder lang duurt)?
- Heeft u inzicht in het aantal wenswachtenden?
- Zijn de wachttijden problematisch voor uw cliënten? Komt het voor dat u cliënten in behandeling krijgt die ernstiger ziek zijn geworden door een (lange) wachttijd en die eerder geholpen hadden moeten worden?
- Verwijst u zelf wel eens door naar collega zorgaanbieders? Heeft u contact hierover met collega zorgaanbieders?
- Waarover informeert u nieuwe (potentiele) cliënten met betrekking tot de wachttijden, vóór zij in behandeling komen?
- Krijgt u cliënten binnen via de bemiddeling van een zorgverzekeraar?
- Verwijst u zelf wel eens door naar de bemiddelings-service van zorgverzekeraars?

Bijlage 4: onderzoeksverantwoording Motivaction onderzoek

Het veldwerk voor het onderzoek door Motivaction is uitgevoerd in de periode 11 mei tot en met 26 mei 2015. De respondenten zijn afkomstig uit het StemPunt-panel van Motivaction. De respondenten hebben als dank voor deelname aan het onderzoek een kleine vergoeding ontvangen.

Voor het onderzoek is een steekproef getrokken van mensen in de leeftijd van 18-80 jaar representatief voor Nederland. In de veldwerkperiode is aan 18.800 personen een uitnodigingsmail verstuurd. Door middel van selectievragen werd bepaald of de respondenten zelf geestelijke gezondheidszorg ontvangen of zeer betrokken zijn bij beslissingen over de zorgverlening van een naaste.

Alleen respondenten die gedurende het afgelopen jaar (dus in de periode mei 2014 tot mei 2015) GGZ zorg ontvingen, óf waarvan een naaste GGZ zorg ontving in deze periode waarbij zij zeer betrokken waren bij de beslissingen over de zorgverlening, zijn meegenomen als respondent in het onderzoek. Deze periode is gekozen om zo actueel mogelijke onderzoeksresultaten te krijgen.

In totaal hebben 750 respondenten de vragenlijst volledig ingevuld. Op basis van de antwoorden op de selectie- en achtergrondvragen (naam zorgaanbieder of duur behandeling) heeft de NZa de respondenten ingedeeld naar gespecialiseerde GGZ (513 respondenten) of basis GGZ (237 respondenten). Binnen de gespecialiseerde GGZ ontvangen 316 respondenten (62%) zelf geestelijke gezondheidszorg en 197 respondenten hebben de vragenlijst ingevuld voor een naaste die geestelijke gezondheidszorg ontvangt, waarbij ze zeer betrokken zijn bij de beslissingen over de zorgverlening.

Op basis van cijfers van de NZa over genoten zorg is bekend wat de verdeling naar type aandoening is. De verdeling binnen de netto steekproef is hieronder opgenomen.

Tabel 6: Verdeling type aandoening en steekproef Motivaction

diagnosegroep	Cijfers NZa	Steekproef gesepcialiseerder GGZ
Gedrag	0,3%	2%
Bipolaire stoornissen	1,0%	4%
Schizofrenie en andere psychotische stoornissen	2,0%	6%
Eetstoornissen	2,2%	4%
Autismespectrum	2,5%	14%
Somatoforme stoornissen	5,4%	1%
Posttraumatische stress-stoornis	6,2%	11%
Aandachttekort en gedragsstoornis (o.a. ADHD)	6,5%	6%
Cognitieve stoornissen	6,7%	3%
Aan middel gebonden stoornissen	8,1%	3%
Persoonlijkheidsstoornissen	9,6%	9%
Aanpassingsstoornissen	10,3%	3%
Angststoornissen	13,5%	9%
Depressieve stoornissen	25,8%	25%

Bijlage 5: resultaten uit het Motivaction onderzoek over informatieverstrekking over de wachttijden

De helft van de cliënten heeft informatie ontvangen over eventuele wachttijden binnen de GGZ: meestal in de vorm van een mondelinge toelichting, maar ook schriftelijke of online. 31% van de cliënten ontving informatie van de GGZ-aanbieder, 19% van de verwijzer, en slechts 5% van de verzekerden ontving deze informatie van de zorgverzekeraar. Binnen de basis GGZ hebben cliënten iets vaker informatie ontvangen over eventuele wachttijden dan binnen de gespecialiseerde GGZ. Er zijn geen significante verschillen tussen de zorgverzekeraars als het gaat om de informatieverstrekking over eventuele wachttijden of de wijze waarop de informatie is verstrekt.

Van de respondenten die aangaven dat ze informatie gekregen hadden over de wachttijden, was bijna driekwart tevreden over de ontvangen informatie. Één op de 5 cliënten gaf aan langer te hebben gewacht dan dat er aan hem/haar gecommuniceerd was. De cliënten die ontevreden ware over de ontvangen informatie gaven aan dat dit met name te maken had met de lange wachttijden die soms ook langer waren dan gecommuniceerd.

De cliënten die tevreden zijn over de ontvangen informatie gaven aan dat dit komt doordat de informatie duidelijk gepresenteerd was. Ze voelden zich goed geholpen en de informatie was toereikend.

Dat een cliënt informatie heeft ontvangen over de wachttijden in de zorg, betekent niet dat de cliënt ook op de hoogte is van de normen die gelden voor de maximale wachttijden. Een derde van de cliënten is (enigszins) op de hoogte van de regels die gelden voor de maximale wachttijden binnen de GGZ. Dit is dus een stuk minder dan de 50% van de cliënten die informatie heeft ontvangen over de wachttijden. Op zich zou dit ook verklaard kunnen worden uit het feit dat bij de 20% die wel informatie ontving over de wachttijden maar niet over de maximum normen, de wachttijd misschien dusdanig kort was dat de informatie over de maximumnormen niet relevant was.

Binnen de klinische zorg zijn meer cliënten goed op de hoogte van de regels rond de wachttijden dan binnen de ambulante zorg. In vergelijking met de andere zorgverzekeraars zijn de cliënten die bij Menzis zijn verzekerd beter op de hoogte over de regels rond de wachttijden, maar de scores van de verschillende verzekeraars lopen niet veel uit elkaar.

Informatieverstrekking door zorgaanbieder

10% van de respondenten is er door hun zorgaanbieder op geattendeerd dat een andere zorgaanbieder mogelijk eerder kan helpen. Van de respondenten die erop gewezen zijn dat een andere zorgaanbieder eerder kon helpen, is een derde daadwerkelijk naar een andere zorgaanbieder gegaan. De redenen die worden genoemd om niet over te stappen, zijn de afstand, dat de wachttijd meeviel en de goede ervaringen met de zorgaanbieder.

Bekendheid en gebruik zorgbemiddeling door zorgverzekeraar

Bijna de helft van de cliënten is bekend met de mogelijkheid van zorgbemiddeling door de zorgverzekeraar, zodat ze sneller bij een zorgaanbieder terecht kunnen. Van de cliënten die bekend zijn met de mogelijkheid van zorgbemiddeling heeft 13% van de mogelijkheid

gebruik gemaakt. Binnen de klinische zorg hebben cliënten beduidend vaker zorgbemiddeling gebruikt dan binnen de ambulante zorg (27% vs. 12%). Er zijn geen significante verschillen tussen de zorgverzekeraars als het gaat om de bekendheid met of het gebruik van zorgbemiddeling.

Cliënten die wel op de hoogte waren van de zorgbemiddeling hebben hier via verschillende kanalen van gehoord. De voornaamste kanalen zijn de website van de zorgverzekeraar, informatie van de verwijzer en informatie van de zorgaanbieder.

Van de cliënten die niet op de hoogte waren van het bestaan van zorgbemiddeling, geeft een derde aan dat ze wel gebruik gemaakt zouden hebben van de zorgbemiddeling als ze ervan hadden geweten. De voornaamste redenen die cliënten noemen waarom ze geen gebruik van zorgbemiddeling zouden maken als ze hiervan op de hoogte waren geweest, zijn dat de wachttijd acceptabel was en er geen aanleiding voor zorgbemiddeling was.

Van de cliënten die gebruik hebben gemaakt van zorgbemiddeling (n=45) is driekwart (zeer) tevreden over de wijze waarop de zorgverzekeraar geholpen heeft. Als toelichting is gegeven dat mensen snel en correct geholpen zijn en dat het goed is verlopen.

Bijlage 6: Uitkomsten enquête wachttijden crisis GGZ

Inleiding

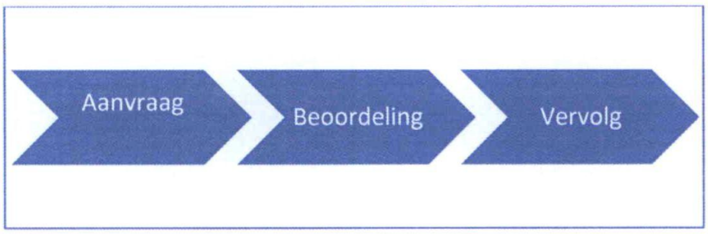
Het ministerie van VWS heeft de NZa gevraagd om onderzoek te doen naar de wachttijden in de crisis GGZ. De NZa heeft besloten om middels een enquête bij alle dertig crisisdiensten de wachttijden te onderzoeken.

Twee derde van de aangeschreven crisisdiensten hebben de enquête ingevuld. Onze conclusie is dat er nauwelijks sprake is van wachttijden voor de crisis GGZ. De wachttijd die bestaat wordt voornamelijk veroorzaakt door reistijd, plotselinge drukte buiten kantooruren en tijdrovende situaties, zoals veiligheid of het regelen van opname buiten de regio. Een groot deel van de respondenten geeft aan dat met name in het vervolgtraject richting gespecialiseerde GGZ er sprake is van wachttijd.

In deze memo beschrijven wij de onderzoeksopzet en schetsen we een beeld van de reacties.

Onderzoeksopzet
Om de wachttijden in de acute GGZ te onderzoeken is een vragenlijst ontwikkeld. Deze vragenlijst is vooraf voorgelegd en doorgesproken met een crisisdienst. Vervolgens is de vragenlijst uitgezet onder alle bij GGZ Nederland bekende crisisdiensten (30). De vragenlijst is door 20 crisisdiensten geretourneerd. Bijlage A geeft de vragenlijst weer.

Bij de vragenlijst hebben we onderstaande stroomschema gehanteerd. Er zijn vragen gesteld over de wachttijden tot een (eerste) beoordeling en de wachttijden bij het vervolg.



Figuur 1: stroomschema acute GGZ

Wachttijden bij de aanvraag in de acute GGZ

GGZ Nederland heeft een convenant afgesloten met de politie. In dat convenant staat dat het uitgangspunt is dat de crisis GGZ, ten aanzien van bereikbaarheid en beschikbaarheid, binnen ten hoogste twee uur een medewerker ter plaatse heeft om de politie bij te staan. Daarbij wordt vermeld dat in de praktijk in 80% van de gevallen de crisisdienst binnen twee uur aanwezig is. In de overige 20% kan zij garanderen dat zij binnen drie uur aanwezig is. Wij hebben in de vragenlijst expliciet gevraagd naar het percentage van de aanvragen dat binnen 2 uur resp. 3 uur tot een eerste beoordeling leidt.

Wij hebben in onderstaande tabel de percentages van de respondenten weergegeven. Hierbij tonen wij het gemiddelde van alle respondenten en het gemiddelde van de respondenten die aangeven gegevens over wachttijden bij te houden (12 respondenten). Wij zijn van mening dat het laatste percentage een getrouwer beeld geeft van de werkelijkheid.

	Alle respondenten	Respondenten met wachttijden registratie
Binnen 2 uur	77%	81%
Binnen 3 uur	91%	93%

Zorgaanbieders zijn overigens verplicht om wachttijden te registreren en te publiceren. Zij hoeven echter geen nadere uitsplitsing voor crisisdiensten te doen en deze afzonderlijk te publiceren. Ons onderzoek laat zien dat er in het algemeen nauwelijks sprake is van wachttijden, daardoor zijn wij van mening dat de sector geen extra verplichting opgelegd moet krijgen voor het apart registreren van wachttijden voor crisis GGZ.

Oorzaken aanmeldwachttijden
Als mogelijke oorzaak dat niet alle aanvragen binnen drie uur gezien worden, geven de crisisdiensten diverse redenen. De genoemde redenen zijn pieken in het aantal aanvragen dat tegelijkertijd plaatsvind, reistijd naar de cliënt en tijdrovende situaties (bijv. opname regelen buiten de regio). De meeste crisisdiensten geven aan dat deze situaties uitzonderlijk zijn.

> *"Er is gedeeltelijk sprake van een aanmeldwachttijd. Een deel van de beoordelingen kunnen direct plaatsvinden, maar bij pieken in de aanmeldingen, kan een aanmeldwachttijd ontstaan. Ook de reistijd zorgt voor een deel van de aanmeldwachttijd."*

Ook kunnen wachttijden oplopen wanneer men afhankelijk is van derden, zoals ambulancevervoer en de politie.

Regionale verschillen
Hoewel gemiddeld genomen de gemaakte afspraken niet volledig worden behaald (80% binnen twee uur en 100% binnen drie uur), komt op basis van deze uitkomsten geen verontrustend beeld naar voren.
In sommige regio's lopen wachttijden echter op. Door één regio werd aangegeven dat de crisisdienst in slechts 60% van de aanmeldingen binnen twee uur en 74% binnen 3 uur aanwezig is.

Aantal aanvragen en doorstroom naar reguliere GGZ

Het aantal aanvragen in 2014 is met 1,2% licht gestegen ten opzichte van 2013[37]. Per crisisdienst verschilt de ontwikkeling sterk, deze loopt van -18,9% tot 20%.
Na een eerste beoordeling door de crisisdienst vindt er een vervolg plaats. Verschillende interventies zijn dan mogelijk. In onderstaande tabel staan de verschillende vervolginterventies onverdeeld.

Type behandeling	Percentage
Geen vervolgbehandeling	15%
Kortdurend vervolgbehandeling crisisdienst	25%
Vervolgbehandeling bij eigen behandelaar of FACT team	35%
(gedwongen) opname	25%

[37] Hierbij hebben wij het percentage stijging van één respondent niet meegenomen, aangezien deze een onrealistische stijging liet zien.

Wachttijden bij verdere behandeling
Het aantal kortdurende behandelingen door de crisisdienst is volgens de respondenten de afgelopen jaren toegenomen. Reden hiervoor zijn de toegenomen wachttijden voor een vervolgtraject in de specialistische GGZ. Een kortdurende behandeling kan maximaal 28 dagen duren, dat is de duur van een crisis DBC. Er is daarmee volgens crisisdiensten nauwelijks sprake van een behandelwachttijd bij de crisisdienst zelf.

Wel ondervinden crisisdiensten problemen met het doorverwijzen naar reguliere afdelingen. Hierdoor kan ook de druk op de crisisdienst zelf toenemen. Enerzijds kunnen crisisbedden langer dan strikt noodzakelijk bezet blijven wanneer de crisisdienst overbruggingszorg levert. Anderzijds kan dit leiden tot een tweede crisisaanmelding, indien de crisisdienst geen overbruggingszorg levert maar de cliënt nog niet bij reguliere ggz in behandeling is genomen.

"Vaak moet de crisisdienst binnen kantooruren gedurende enkele weken overbruggen wanneer er een indicatie voor specialistische zorg, VZ of FACT wordt gesteld. De reden is overbezetting van ambulante behandelteams"

"Als er na beoordeling regulier moet worden behandeld binnen een (gespecialiseerde) polikliniek. Dan krijg je te maken met wachttijden (die we evt. binnen acuut behandelteam overbruggen, al is het dan meer vinger aan de pols i.p.v. gespecialiseerde behandeling)"

Bedden en behandelaren
Het aantal beschikbare bedden per crisisdienst varieert tussen de 0 en 9 waarbij de meeste 2 of 3 bedden beschikbaar hebben. De meeste daarvan zijn in eigen beheer van de instelling die de crisisdienst verzorgt maar er zijn ook bedden bij andere instellingen op PAAZ/PUK. Het komt bij alle crisisdiensten voor dat de bedden bezet zijn. Twee crisisdiensten geven aan dat het regelmatig voorkomt, vier crisisdiensten weinig. In geval van volledige bezetting wordt er eerst intern een oplossing gezocht (overbed creëren of 'worst in best out' principe) of binnen de regio.

Gemiddeld genomen werken binnen kantooruren zo'n 4 behandelaren. Buiten kantooruren zijn dat ongeveer 3 behandelaren. De triage wordt over het algemeen uitgevoerd door een SPV-er (met een psychiater als achterwacht).

In de enquête hebben we gevraagd naar de omvang en het aantal inwoners van de regio. We hebben onderzocht of deze variabelen het aantal beschikbare bedden en/of het aantal behandelaren konden verklaren. We hebben geen relatie tussen beide gevonden.

Toekomstige ontwikkelingen
Een groot deel geeft aan dat wachttijden in de toekomst zullen toenemen. Het gaat hierbij met name om mogelijkheden om cliënten te verwijzen naar een reguliere behandeling.

"In de afgelopen 3 jaar neemt het aantal verwijzingen voor de crisisdienst toe. De mogelijkheden om snel een opname te realiseren is afgenomen. Dit leidt tot stagnatie en vertraging waardoor cliënten langer moeten wachten op beoordeling en opname."

"De behandelwachttijd lijkt steeds meer onder druk te komen staan. De beddenafbouw en ambulantisering zal de behandelwachttijd vermoedelijk nog meer onder druk zetten."

"De organisatie zal met de huidige middelen andere keuze in prioriteiten moeten gaan maken en het aanbod van crisisdienst op een andere wijze moeten organiseren"

Eén crisisdienst geeft aan dat met de komst van een spoedpoli voor de GGz, de wachttijd zal afnemen.

Twee crisisdiensten vermelden daarbij dat de bekostiging van crisis GGZ in toenemende mate lastig is om te financieren. Het gaat hierbij bijvoorbeeld om een waargenomen stijging van het aantal onverzekerden. Daarnaast wordt door één crisisdienst aangegeven dat door de komst van de DBC systematiek, de crisisdienst verliesgevend is. Het 'opschalen' van personeel bij drukte, is hierdoor lastiger geworden.

Conclusie
Crisisdiensten geven over het algemeen aan dat er nauwelijks sprake is van wachttijd bij een aanvraag. Dit geldt zeker voor de instellingen die aangeven dat zij een registratie bijhouden van wachttijden voor crisiszorg. Desondanks kan gesteld worden dat gemiddeld genomen de gemaakte afspraken niet volledig worden behaald. Regionaal kunnen wachttijden verder oplopen.
De wachttijd die er is, zit voornamelijk in de reistijd die nodig is en soms samenloop van meerdere aanvragen tegelijkertijd. Bij het vervolg na een eerste aanvraag geven crisisdiensten aan wel wachttijden te ervaren. Door wachttijd voor een regulier traject neemt het aantal kortdurende behandelingen door de crisisdiensten zelf toe. Hierdoor kan ook de druk op de crisisdienst toenemen.
Een groot deel van de crisisdiensten verwachten dat behandelwachttijden in de toekomst zullen toenemen. Ontwikkelingen als de beddenafbouw en ambulantisering zullen de behandelwachttijd verder onder druk zetten.

De NZa heeft recent onderzoek gedaan naar wachttijden in de gespecialiseerde GGZ. Wij sluiten met dit onderzoek naar de wachttijden in de crisis GGZ aan bij dit onderzoek. Vanuit dat onderzoek worden acties uitgezet met het oog op een positieve invloed op de wachtlijsten. Voor de wachtlijsten voor de crisis GGZ menen wij dat op dit moment geen verdere acties noodzakelijk zijn. We kunnen in de toekomst een vervolg onderzoek doen om de ontwikkeling te monitoren.

Bijlage A: Vragenlijst behorend bij de enquête

- In welke regio bent u actief?
- Zijn er ook andere crisisdiensten in uw regio actief? Kunt u hierbij aangeven of deze andere crisisdiensten 24/7 actief zijn of alleen binnen kantooruren en of de andere crisisdienst zich specifiek richt op een specifieke doelgroep (bv. verslavingszorg) of leeftijd (ouderen, kind&jeugd).

Algemeen
- Hoe groot is uw regio, in termen van het aantal inwoners in uw regio?
- Hoe groot is uw regio, in termen van oppervlakte (vierkante kilometer) van het gebied?
- Werkt u vanuit meerdere locaties binnen kantooruren? Zo ja, hoeveel?
- Werkt u vanuit meerdere locaties buiten kantooruren? Zo ja, hoeveel?

- Hoeveel behandelaren zijn direct beschikbaar voor beoordelingen binnen kantooruren?
- Hoeveel behandelaren zijn direct beschikbaar voor beoordelingen buiten kantooruren?
- Registreert u structureel gegevens over het aantal aanvragen, aanmeldwachttijden, vervolginterventies en behandelwachttijden?
- Heeft u regionale afspraken gemaakt of convenanten afgesloten met andere partijen met betrekking tot de crisis ggz? Zo ja, met wie?
- Wie verricht de triage bij het binnen komen van een aanvraag? Welk effect heeft deze triage op het verdere vervolg?

Aantallen
- Hoeveel aanvragen kreeg uw crisisdienst in 2013?
- Hoeveel aanvragen kreeg uw crisisdienst in 2014?
- Hoe is voor 2013 en voor 2014 de procentuele verdeling na eerste beoordeling van de aanvragen over onderstaande categorieën?
  - Indien u geen exacte cijfers heeft, wat is uw schatting?
    - geen vervolgbehandeling specialistische ggz
    - vervolgconsult/kortdurende behandeling crisisdienst
    - vervolgconsult eigen behandelaar
    - vervolgconsult FACT team
    - opname (zowel vrijwillig als gedwongen)
- Hoeveel bedden houdt u gemiddeld beschikbaar voor opname?
- Zijn deze bedden allemaal in eigen beheer of zijn deze ook bij andere instellingen?
- Komt het voor dat alle beschikbare bedden bezet zijn? Zo ja, wat is de procedure bij een opname in het geval van volle bezetting?
- Zijn de vervolgconsulten/kortdurende crisisbehandelingen door de crisisdienst over 2013 en 2014 toegenomen? Wat is volgens u hiervan de reden?

Wachttijden
- Hoeveel procent van de aanvragen leiden in 2014 binnen 2 uur tot eerste beoordeling? Indien u dit niet bijhoudt, kunt u een schatting geven.
- Hoeveel procent van de aanvragen leiden in 2014 binnen 3 uur tot eerste beoordeling? Indien u dit niet bijhoudt, kunt u een schatting geven.
- Indien aanvragen niet binnen 3 uur leiden tot eerste beoordelingen, wat kan hiervan de reden zijn?
- Is er naar uw mening sprake van aanmeldwachttijd? Zo ja, kunt u één of meerdere redenen geven waarom er sprake is van aanmeldwachttijd? Zo nee, waarom is er volgens u geen sprake van aanmeldwachttijd?
- Is er naar uw mening sprake van behandelwachttijd? Zo ja, kunt u één of meerdere redenen geven waarom er sprake is van behandelwachttijd? Zo nee, waarom is er volgens u geen sprake van behandelwachttijd?
- Geldt de wachttijd, zowel aanmeld- als behandelwachttijd, voor alle cliëntgroepen?
- Hoe hebben de wachttijden in de crisis GGZ zich ontwikkeld de laatste 3 jaar? En hoe ziet u de ontwikkeling richting toekomst?